DISSERTATIO
INAUGURALIS
PERTRACTANS

DISLOCATIONES UTERI

SUB

GRAVIDITATE, PARTU ET PUERPERIO,

QUAM

CONSENSU ET AUCTORITATE

ILLUSTRISSIMI AC MAGNIFICI

DOMINI

PRAESIDIS ET DIRECTORIS,

CLARISSIMORUM AC CELEBERRIMORUM

D. D. PROFESSORUM

pro

Doctoris Medicinae et Chirurgiae Laurea

RITE OBTINENDA

in celeberrima

ACADEMIA JOSEPHINA,

publicae disquisitioni submittit

Joannes Gschladt,

Austriacus Claustroneoburgensis.

In theses adnexas disputabitur in aedibus Academiae Josephinae die . mensis Maji anni 1843.

Vindobonae.

Typis Caroli Ueberreuter.

Seiner Wohlgeboren

dem

Herrn Herrn

CLEMENS SCHWARZER,

Doctor der Medicin,

Magister der Augenheilkunde und Geburtshilfe, Sr. k. k. apostol. Majestät Rathe und Stabsfeldarzte, ordentlichen öffentlichen Professor der theoretischen und praktischen Geburtshilfe, der Kinder- und Frauenkrankheiten an der medicinisch-chirurgischen Josephs-Akademie, ordentlichen Beisitzer der permanenten Feld-Sanitäts-Commission, Mitglied der medicinischen Facultät und Gesellschaft der Aerzte zu Wien, etc. etc.

Seinem

Hochverehrten Lehrer

als ein

schwaches Denkmal

der innigsten

Verehrung und Hochachtung

erfurchtsvoll gewidmet

vom

dankbarsten Verfasser.

Einleitung.

Die Gebärmutter, Mutter, der Fruchthälter, *uterus*, *matrix*, hat seine Lage fast in der Mitte des oberen Theiles des kleinen Beckens, zwischen Harnblase und Mastdarm, in der Richtung der Central-Linie des Beckens, so, dass der Muttergrund, als die höchste Gegend des Uterus, etwas nach vorne, der Muttermund aber, als der tiefste Theil der Gebärmutter, nach hinten gerichtet ist.

In dieser Lage und Richtung nun wird die Mutter theils durch eigene Bänder, theils durch die Mutterscheide, theils durch die umliegenden Organe und durch das sie mit diesen verbindende Bauchfell erhalten.

Die eigenen Bänder, zu welchen die breiten Mutterbänder, als Seitenfalten des, die obere Hälfte des Uterus überziehenden Bauchfelles und die runden Mutterbänder oder die Gebärmutterstränge, als strangförmige Verlängerungen der Uterinsubstanz selbst, gehören, hindern die zu starke Erhebung und die Abweichung nach der Seite und nach hinten. Die Harnblase und der Mastdarm verhüten das Vor- und Rückwärtsweichen der Gebärmutter, während das, den Uterus mit diesen Organen verbindende Bauchfell sowohl obige Wirkung unterstützt, als auch das zu starke Erheben und Sinken derselben hindert. Die Mutterscheide bildet die eigentliche Basis, welche, nebst dem Bauchfelle, die tiefere Senkung des Uterus verhütet.

Diese Befestigung des Uterus in der Beckenhöhle ist jedoch nicht fest, sondern mehr oder weniger schwebend, da-

her Abweichungen von der normalen Lage und Richtung sehr leicht möglich sind. Abweichungen geringeren Grades können wir noch nicht krankhaft nennen, da die Stellung des Uterus durch die Individualität und durch verschiedene physiologische Processe modificiret wird; so finden wir den Uterus bei Frauen mit grossem, wenig inclinirtem Becken und mit weiter Scheide, bei Mehrgeschwängerten, zur Zeit der Reinigung, in dem zweiten Monate der Schwangerschaft u. s. w. tiefer stehend, während wir ihn bei Erstgeschwängerten, bei kleinem Becken und bei weiter vorgerückter Schwangerschaft höher gelagert finden. In horizontaler Rückenlage und bei voller Blase steht die Gebärmutter mehr rückwärts; in der Bauchlage und bei vollem Mastdarme mehr vorwärts; bei Schwangeren, die mehr auf der rechten Seite liegen, finden wir den Muttergrund ebenfalls mehr in der rechten, im entgegengesetzten Falle, mehr in der linken Seite des Bauches gelagert.

Bestehen jedoch diese Abweichungen in einem höheren Grade, so beginnen sie krankhaft zu werden, und wir erhalten dann jene Zustände, deren nähere Betrachtung die Aufgabe dieser Schrift ist.

Wir verstehen demnach unter Dislocation des Uterus das Abweichen desselben von seiner normalen Lage und Richtung in einem solchen Grade, dass dadurch die Gesundheit des damit behafteten Individuums und der normale Verlauf der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes gestört wird.

Alle krankhaften Abweichungen des Uterus lassen sich in zwei Abtheilungen bringen, nämlich in Lageveränderungen mit Beibehaltung der normalen Richtung in der Directionslinie des Beckens, und in Lageveränderungen mit fehlerhafter Richtung.

Diese beiden Abtheilungen zerfallen nun wieder, bei Berücksichtigung der Form, in zwei Unterabtheilungen, je nachdem ihre frühere Form durch die Dislocation verändert worden ist, oder nicht.

Wir kennen folgende Dislocationen des Uterus:

A. Dislocationen des Uterus mit Beibehaltung der normalen Richtung:

a. Bei unveränderter Form:
1. Vorfall.
2. Erhebung.

b. Bei veränderter Form:
3. Umstülpung.

B. Dislocationen des Uterus mit fehlerhafter Richtung:

a. Bei unveränderter Form:

4. Schieflage.
5. Rückbeugung.
6. Vorbeugung.
7. Bruch.

b. Bei veränderter Form:

8. Umbeugung.

Diese Eintheilung stellt uns jedoch nur die Prototype der einzelnen Dislocationen dar, wie sie in der Erfahrung nur selten vorkommen, da gewöhnlich eine Dislocation mit einer anderen verbunden erscheint.

Diese Abweichungen des Uterus von seiner normalen Lage und Richtung kommen beim Weibe in allen Perioden des Lebens, jedoch vorzüglich während der zeugungsfähigen Jahre vor.

Hier werden jedoch blos die Dislocationen während der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbette abgehandelt werden, und da einige von ihnen nur in einer oder der andern dieser drei Perioden vorkommen, und die Zeit, in der sie vorkommen, einen sehr wichtigen Einfluss sowohl auf die Prognose als Therapie hat, so werden sie hier einzeln nach der Periode, in der sie vorkommen, abgehandelt werden.

I. Abtheilung.

Dislocationen des Uterus während der Schwangerschaft.

1. Vorfall des Uterus; Gebärmuttervorfall; ***Prolapsus, descensus, procidentia uteri; Hysteroptosis; Descente, Precipitation, Chûte de la matrice***, ist jene Abweichung des Uterus von seiner normalen Lage, vermöge welcher er tiefer in das Becken herabsinkt, oder selbst aus demselben, bis vor die äusseren Geschlechtstheile tritt, mit Beibehaltung seiner früheren Form.

Wir unterscheiden einen unvollkommenen Vorfall, Senkung, wenn der Uterus noch innerhalb, und einen vollkommnen, wenn er ausserhalb der äusseren Geschlechtstheile sich befindet, welcher letztere Zustand mit Umstülpung der Scheide verbunden ist.

Die Symptome dieser Krankheit sind verschieden nach dem schnelleren oder langsameren Entstehen, nach dem Grade des Vorfalles und der Zeit der Schwangerschaft.

Bildet sich ein Vorfall des Uterus allmälig, so stellen sich auch die krankhaften Symptome nur allmälig ein, und nehmen nur nach und nach an Heftigkeit zu; bildet er sich hingegen plötzlich, so stellen sich sogleich mehr oder weniger heftige Erscheinungen ein, je nach dem Grade des Vorfalls.

Bei unvollkommenem *Prolapsus* klagen die Kranken über ein lästiges Gefühl von Schwere und Druck im Becken, und über ziehende Schmerzen in der Lendengegend, zugleich stellt sich ein öfterer Drang zum Uriniren ein, und die Stuhlentleerung wird mehr oder weniger gehemmt; diese Beschwerden nehmen bei einer horizontalen Lage ab, oder verschwinden wohl gänzlich.

Im höheren Grade des Vorfalles stellen sich *Dysurie* und *Ischurie*, strenge Stuhlverhaltung und Koliken ein; bei

längerer Dauer entstehen nicht selten Schleimflüsse, Unordnung der Menstruation oder Unterdrückung derselben, und verschiedene hysterische Zufälle. Diese Symptome treten mit desto grösserer Heftigkeit auf, je weiter die Schwangerschaft vorrückt. Bei der inneren Untersuchung, die man am besten im Stehen der Kranken vornimmt, finden wir die Scheide grösstentheils erschlafft und erweitert, den Gebärmuttermund mehr oder weniger tief in der *Vagina*, und zwar, da der *Prolapsus* gewöhnlich mit einem geringeren Grade von Schieflage verbunden ist, entweder mehr rückwärts, auf die hintere Wand der Scheide, oder das Mittelfleisch gestützt, oder gegen die Mündung der Scheide gerichtet, während sich der Grund an die hintere Scheidenwand lehnt.

In den ersten Monaten der Schwangerschaft, lässt sich der Uterus, besonders in einer horizontalen Rückenlage, leicht zurückbringen, fällt jedoch eben so leicht wieder vor, bei weiter vorgerückter Schwangerschaft hingegen, ist diess nicht mehr möglich.

Beim vollkommenen Vorfalle treten alle Symptome, besonders die der Harn- und Stuhlverhaltung, mit grösserer Intensität auf; da das Bauchfell bedeutend gezerrt wird, so sind solche Kranke genöthiget, eine gebückte Körperstellung anzunehmen; die Gedärme sinken in den leeren Beckenraum und in den, von der umgestülpten Scheide gebildeten Sack, selbst der Magen wird abwärts gezogen, daher Mangel an Esslust, Störungen der Verdauung, Kolikschmerzen, Flatulenz und Schluchzen.

Die innere Haut der umgestülpten Mutterscheide und des vorliegenden Theiles der Gebärmutter verliert durch die Reibung, und durch die beleidigende Einwirkung, der Luft des Harnes und selbst des Stuhles, die Beschaffenheit einer Schleimhaut, wird trocken und entzündet sich, es bilden sich *Excoriationen*, tiefe *Ulcerationen*, Verhärtungen, und Zerstörung durch Brand; im günstigeren Falle erfolgt ein Abortus.

Die Diagnose ergibt sich theils aus den oben aufgezählten Symptomen, besonders den Harn- und Stuhlbeschwerden, die in der Rückenlage grösstentheils nachlassen, theils aus einer genauen geburtshülflichen Untersuchung. Zu den Krankheiten, mit denen der Vorfall am leichtesten verwechselt werden könnte, gehören: Polypen, Zurückbeugung und Umstülpung der Gebärmutter, Bruch der Scheide, Geschwülste innerhalb des Beckens, und selbst *Hermaphrodismus*. Eine

genaue Untersuchung, das Fühlen des härtlichen Muttermundes, die Möglichkeit des Einführens einer Sonde in denselben, und in die den Vorfall umgebende Furche, die Empfindlichkeit des vorgefallenen Theiles, der Mangel eines Stieles, und das meistens mögliche Zurückbringen des Vorfalles, lassen uns diess Leiden von den obgenannten Krankheiten unterscheiden.

Vorzüglich disponirt zu diesem Leiden sind ältere Frauen mit weitem, wenig inklinirtem Becken, mit schlaffer weiter Scheide, an *fluor albus* und Gebärmutterblutflüssen Leidende, solche die sich durch *Onanie*, zu käufigen *Coitus*, Missbrauch der Abführmitteln, durch den Gebrauch von Kohlentöpfen, sehr warmer Bäder und durch schnell aufeinander folgende Geburten, eine grosse Schlaffheit der *Genitalien* zugezogen haben; ferner gehören zu den vorbereitenden Ursachen: schnelles Magerwerden, Dammrisse, Ausdehnung und Erschlaffung der Mutterbänder und *Prolapsus* des Uterus ausser der Schwangerschaft.

Zu den Gelegenheitsursachen gehören: das Heben und Tragen schwerer Lasten, Springen, Fallen, heftiges Erbrechen, Niesen, Husten, starkes Drängen nach abwärts, äussere Gewaltthätigkeiten durch Schlagen oder Stossen, ferner Polypen oder andere Geschwülste, Wasseransammlungen im Unterleibe u. s. w.

Die Vorhersage ist beim Vorfalle des Uterus während der Schwangerschaft im Allgemeinen ungünstig, denn die Natur hat in dieser Krankheit nur zwei Wege, durch welche sie Heilung und Beseitigung der gefährlichen Folgen herbeizuführen im Stande ist. Es zieht sich nämlich die vorgefallene Gebärmutter, durch die allmälige Ausdehnung in der Beckenhöhle nicht mehr Platz findend, aus derselben in die Bauchhöhle zurück, wodurch der Vorfall im vierten oder fünften Monate verschwindet, und die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht, auf welchem Wege Mutter und Kind erhalten werden, oder der Uterus, der sich immer mehr ausdehnt, und zu Ende des vierten Monates nicht mehr durch die Beckenhöhle zurückgebracht werden kann, bleibt zwar vorgefallen, entleert sich jedoch seines Inhaltes durch Bewirkung eines Abortus, und zieht sich hierauf nach verkleinertem *Volumen* in seine normale Lage zurück, oder kann wenigstens durch geringe Kunsthülfe in dieselbe gebracht werden, hiedurch wird zwar die Mutter meistens gerettet, die Frucht jedoch geht immer verloren.

Allein nicht immer schlägt die Natur diesen günstigen Heilungsweg ein, sondern öfter sind heftige Entzündungen mit dem Ausgange in Brand, Eiterung oder Verhärtung, die mittelbare oder unmittelbare Ursache des, in kürzerer oder längerer Zeit darauf erfolgten Todes. Uebrigens ist die Prognose bei allmälig entstandenen, unvollkommenen, nicht lange dauernden Vorfällen, die in den ersten Wochen der Schwangerschaft, bei jungen und gesunden, zu diesem Uebel wenig disponirten Individuen, vorkommen, und bei der Abwesenheit jeder gefährlichen *Complication*, bedeutend günstiger, als im entgegengesetzten Falle, zu stellen.

Die Behandlung dieses Uebels ist theils *prophylactisch*, theils *curativ*. Die *prophylactische* Behandlung hat die Disposition zu vermindern, und jede Gelegenheitsursache sorgfältig abzuhalten. Diess geschieht durch Verbesserung der *Constitution*, durch Beseitigung der *Leucorrhoe*, durch Verhütung jeder stärkeren Bewegung u. s. w.

Die *curative* Behandlung hat, wenn sie *radical* seyn soll, folgende vier Anzeigen zu erfüllen: Entfernung der *Causalmomente*, Beseitigung der *Complicationen*, in so fern sie die *Reposition* hindern oder erschweren, *Reduction* des vorgefallenen Uterus, und Erhaltung desselben in seiner normalen Lage. Gewöhnlich ist die Gelegenheitsursache eine momentane, hat daher bereits zu wirken aufgehört, wenn der Arzt gerufen wird, sollte sie jedoch noch fortwirken, so ist sie, wenn es möglich ist, so schnell als möglich zu entfernen.

Die *Complicationen*, welche die Zurückführung des Uterus am gewöhnlichsten hindern, sind: entzündliche Anschwellung des *prolabirten* Uterus, und übermässige Ausdehnung der Harnblase und des Mastdarmes. Um die entzündliche Anschwellung des Uterus zu beseitigen, ist ein, der *Constitution* der Kranken angemessenes *antiphlogistisches* Heilverfahren einzuschlagen, so dass bald allgemeine, bald örtliche Blutentleerungen, bald erweichende Umschläge und lauwarme Bäder den erwünschten Erfolg haben werden; Blase und Mastdarm sucht man durch Einführung des Katheters, durch Klystiere und *Purgantia* zu entleeren.

Zur Zurückführung des vorgefallenen Uterus wird in vielen Fällen eine passende horizontale Rücken- oder Seitenlage hinreichen, sollte jedoch diess nicht genügen, so schreite man zur Reposition auf folgende Weise: Man lasse die Kranke, nach Entleerung der Blase und der Därme, eine Rückenlage mit angezogenen Schenkeln und erhöhtem Kreuze,

oder noch besser eine Lage *à la vache*, wobei sie sich auf Knie und Ellenbogen stüzt, annehmen, bestreiche sowohl den vorgefallenen Theil des Uterus, als auch die operirende Hand mit Oehl, und sucht so, indem man den prolabirten Theil mit den Fingern umfasst, durch allmäliges, in der Richtung der Directionslinie des Beckens unternommenes Drängen, den Uterus wieder in die Höhle des Beckens, und in seine normale Lage zurückzubringen.

Ist nun der Uterus reponiret, so sucht man ihn in seiner normalen Lage zu erhalten.

Die zu diesem Zwecke angegebenen Pessarien, so wie die von Fricke, Malgaigne, Philipps und Kennedy angegebenen Operationen (*Episiorrhaphie*, *Elytrorrhaphie*) sind während der Schwangerschaft, wegen leicht eintretender Frühgeburt, gänzlich zu meiden. Eine ruhige horizontale Lage im Bette, stete Sorge für Entleerung der Blase und der Därme, nebst sorgfältiger Vermeidung jeder neuen Veranlassung, und im dringensten Falle, das Unterstützen des Uterus durch einen hinlänglich grossen, in zusammenziehende, aromatische Kräuteraufgüsse getauchten Schwamm, der durch eine T Binde befestiget wird *), werden hinreichen den Uterus bis zu seiner Erhebung in die Bauchhöhle, wo er dann, wegen vergrössertem Volumen, nicht mehr herabsinken kann, in seiner Lage zu erhalten.

Ist jedoch, troz aller Bemühungen, die Reposition entweder wegen zu weit vorgerückter Schwangerschaft, und dadurch bedingter zu grosser Ausdehnung des Uterus, oder wegen zu lange bestehendem Vorfalle, nicht mehr möglich, so stehe man von allen weiteren Versuchen ab, und begnüge sich mit einer palliativen Behandlung. Man empfehle daher eine ruhige horizontale Rückenlage, unterstütze den Vorfall durch eine passende Binde, schütze ihn von äusseren Schädlichkeiten, und unternehme nur bei gefahrdrohenden Zufällen, besonders Entzündung und zu befürchtendem Uebergange in Brand, die künstliche Frühgeburt durch den Eihautstich. (Prof. Dr. Cl. Schwarzer etc., Handbuch der Geburtshülfe.)

---

*) Mein hochgeehrter Lehrer, k. k. Herr Rath, Professor Schwarzer zieht diess Mittel, den sonst üblichen Pessarien weit vor, da der Schwamm zwar die Vortheile, jedoch nicht die bedeutenden Nachtheile mit den Mutterkränzen gemein hat.

2. **Erhebung der Gebärmutter** ist jene Lageveränderung des Uterus, vermöge welcher er, bei Beibehaltung seiner Richtung und Form, ungewöhnlich hoch stehend gefunden wird.

Die Symptome dieser Dislocation sind sehr verschieden, nach der, ihr zu Grunde liegenden Ursache, immer jedoch sind die Digestion und Respiration mehr beeinträchtiget als diess bei normaler Lage des schwangeren Uterus der Fall ist. Bei der inneren Untersuchung findet man die Scheide straffer und nach oben zeltförmig zugespitzt, den Muttermund aber höher stehend, als es der Zeit der Schwangerschaft zukommt. Bei der äusseren Untersuchung erscheint der Bauch nicht so nach vorne zugespitzt, und der Stand des Gebärmuttergrundes höher.

Die Diagnose, die oft mit bedeutenden Schwierigkeiten verbunden ist, besonders bei der von Geschwülsten im Beckenkanale bedingten Erhebung, ergibt sich theils aus dem oben Gesagten, theils aus der genauen Würdigung der zu Grunde liegenden Ursache.

Im Allgemeinen ist die Disposition zu dieser Lageveränderung mehr alten Frauen, bei welchen die Geschlechtstheile in ihrer Rückbildung begriffen sind, eigen, daher sie nur selten bei Schwangeren vorkommt; ausserdem müssen wir hysterische und an jenen Krankheiten leidende Frauen, die mit Volumsvergrösserung verbunden sind, besonders wenn sie die harten oder weichen Gebilde des Beckens ergreifen, für mehr disponirt annehmen.

Die nächste Ursache dieser Dislocation während der Schwangerschaft ist äusserst verschieden, so ist es bald ein Krampf, bald sind es Geschwülste der Beckenknochen oder der im Becken gelegenen Weichtheile, besonders der Scheide, bald sind es Krankheiten des Uterus selbst oder der Ovarien, die mit Volumszunahme verbunden sind, oder es ist ein allgemein oder theilweise zu enges Becken, welche die Erhebung des schwangeren Uterus bewirken. Colombat will sie angeboren und durch die normwidrige Kürze der breiten Mutterbänder bedingt, beobachtet haben.

Was die Vorhersage anbelangt, so ist zu bemerken, dass diese Lageveränderung zwar an und für sich ganz gefahrlos sei, jedoch die ihr zu Grunde liegende Ursache mehr oder weniger Störung des normalen Verlaufes der Schwangerschaft und Geburt, ja selbst Lebensgefahr herbeiführen könne.

Die Behandlung der Erhebung des Uterus während der Schwangerschaft ist nach der zu Grunde liegenden Ursache verschieden: Bei der durch normwidrige Kürze der Ligamente bedingten Erhebung, will Colombat die Ligamente durch Ansaugen einer Pumpe ausdehnen, ein Verfahren, welches bei nicht Schwangeren zwecklos, bei Schwangeren aber noch höchst gefährlich wäre, da es sicher eher eine Frühgeburt, als ein Senken des Uterus bezwecken würde; auch schlägt derselbe Einreibungen von *Unguentum mercuriale* in die Bauchdecken vor. Ist die Erhebung des Uterus durch Krampf bewirkt, so wird man seinen Zweck durch ein antispasmodisches Verfahren, besonders durch den Gebrauch warmer Bäder, erreichen. Sind entfernbare Geschwülste die Ursache, so entferne man sie, wenn sie die Geburt auf natürlichem Wege unmöglich machen, noch während der Schwangerschaft; sind sie jedoch nicht entfernbar, und ist eine zeitige Geburt nicht, wohl aber eine Frühgeburt möglich, so unternehme man die künstliche Frühgeburt, nach dem Grade der Beckenenge, mehr oder weniger entfernt vom normalen Ende der Schwangerschaft. Diess letzte Verfahren ist auch bei der, durch ein allgemein oder theilweise zu enges Becken bewirkten Erhebung, unter denselben Bedingungen einzuschlagen.

3. Schieflage, Schiefstehung der Gebärmutter; *Inclinatio, situs obliquus uteri*; *Hysteroloxia*; *Meteroloxia*, ist jene Lageveränderung des Uterus, wobei dessen Richtung dermassen geändert wird, dass die Längenachse desselben von der Directionslinie des Beckens mehr oder weniger abweicht, wobei jedoch immer der Grund des Uterus höher steht als der Mund, und die frühere Form unverändert bleibt.

Wir unterscheiden vier Arten von Schieflagen, nämlich Schieflagen nach vorne und rückwärts, nach rechts und links. Die am häufigsten vorkommende ist die nach rechts, *Situs uteri obliquus dexter*, wobei der Muttergrund in der rechten Bauchseite liegt, sie kommt, im geringen Grade, bei den meisten Schwangeren vor; nach dieser findet man die Schieflage nach vorne, den sogenannten Hängebauch *situs obliq. anterior* am öftesten; die linke Schieflage, *sit. obliq. sinister*, und die nach rückwärts *sit. obliq. posterior*, trifft man seltener, besonders letztere, da sie bei vorgerückter Schwangerschaft nur bei *Kyphosis* denkbar ist.

Die Symptome dieser Dislocation sind verschieden nach der Art, und dem Grade des Uebels und der Zeit der

Schwangerschaft; im Allgemeinen gehören hieher: Störungen der Harn- und Stuhlentleerung, Anschwellung der Füsse, Krampf- und Blutaderknoten, schwerer Gang, Einschlafen der Füsse, Leibesschmerzen, Störungen der Verdauung, Bluthusten, Blutspeien, Ohnmachten, fehlerhafte Kindeslagen und *Abortus*.

Die Diagnose ergibt sich aus den genannten Symptomen und aus einer genauen Untersuchung, wobei man, bei der Schieflage nach vorne, den Muttermund gegen das Promontorium gerichtet findet; ferner ist ein Hängebauch vorhanden, welcher beim Sitzen der Schwangern auf den Schenkeln ruht; die Hypochondrien sind weich und wenig gespannt und insbesondere ist hierbei die Harnausscheidung gestört.

Bei der Schieflage nach rückwärts findet man den Unterleib mehr gleichmässig aufgetrieben, nicht zugespitzt; die Bewegungen der Frucht sind schwach, undeutlich und mehr in der Tiefe fühlbar; den Muttermund findet man vorne gegen die Blase gerichtet; hierbei ist vorzüglich die Stuhlentleerung, Verdauung und freie Circulation des Blutes im Unterleibe gehindert.

Bei der Schieflage nach rechts findet man die rechte Bauchseite mehr erhoben und voll, den Muttermund aber nach links gerichtet.

Bei der Schieflage nach links findet das verkehrte Verhältniss statt.

Eine vorzügliche Disposition zur Schieflage der Gebärmutter während der Schwangerschaft bildet die zu grosse Neigung und Schiefheit des Beckens, starke Abflachung der Darmbeine, Krümmungen der Wirbelsäule und Schlaffheit der Mutterbänder und der Bauchdecken.

Erregende Ursachen dieser Dislocation sind: Geschwülste des Uterus, die entweder durch ihr Gewicht oder ihren Umfang eine Schieflage bewirken, grosse Ausdehnung der Blase und des Mastdarmes, Auftreibungen der Gedärme durch Luft oder Koth, Geschwülste der benachbarten Organe, als: des Beckens, der Muttertrompeten und Ovarien, Verwachsungen des Uterus, Wasseransammlungen, Brüche; auch falsche Kindeslagen und seitliche Anheftung der Placenta werden von einigen Geburtshelfern für häufige Ursachen der Schieflage gehalten; endlich gehören noch hieher: beständiges Liegen auf derselben Seite, einseitige Haltung des Körpers bei der Arbeit und starke körperliche Erschütterungen.

Die Vorhersage dieser Lageveränderung während der Schwangerschaft ist bedeutend ungünstiger als ausser derselben, da der an Umfang und Gewicht immer zunehmende Uterus die Nachbarorgane mehr beleidiget, und vermöge seiner zunehmenden Schwere sich immer mehr neigt.

Insbesondere richtet sich die Prognose nach dem Grade und der Dauer des Uebels und nach der Entfernbarkeit der Ursache; günstiger ist demnach die Vorhersage bei geringerer Abweichung der Längenachse des Uterus von der Directionslinie des Beckens, bei kurzer Dauer und bei leicht entfernbarer Ursache; im entgegengesetzten Falle ungünstiger.

Die Therapie hat, nach Beseitigung der entfernbaren Ursache, die Längenachse des Uterus mit der Directionslinie des Beckens so viel als möglich in Einklang zu bringen; zu diesem Behufe empfehle man der Schwangeren bei einem Hängebauch die Rückenlage, und lasse eine passende Bauchbinde tragen; bei der Schieflage nach rückwärts empfehle man eine abwechselnde Seitenlage, mache, um die Bauchdecken zu erschlaffen, Einreibungen in dieselben, und lasse mit Vorsicht warme Bäder gebrauchen; bei der Schieflage nach rechts oder links empfehle man eine Seitenlage, die der Richtung des Muttermundes entspricht, und der des Muttergrundes entgegengesetzt ist, und lasse ebenfalls, wie beim Hängebauch, eine schickliche Bauchbinde tragen. Endlich sind die durch die Schieflage herbeigeführten Beschwerden nach den Regeln der speciellen Therapie zu behandeln.

4. Rückwärtsbeugung der Gebärmutter, *Retroversio uteri*, unrichtiger Umkehrung, Umbeugung; *Hysterolaxia*; *obliquitas*, *reflexio*, *haernia uteri*; ist jene Lageveränderung des Uterus, wo er mit Beibehaltung seiner früheren Form seine Richtung dermassen ändert, dass seine Längenachse von der Centrallinie des Beckens so bedeutend abweicht, dass der in der Aushöhlung des Kreuzbeines liegende Muttergrund tiefer, oder wenigstens eben so tief als der gegen die Schambeinsvereinigung gerichtete Mund zu liegen kommt.

Es ist also diese Dislocation nur dem Grade nach von der Schieflage nach rückwärts verschieden.

Einige Geburtshelfer nehmen drei Grade der Rückwärtsbeugung an, wovon jedoch der erste noch zu den Schieflagen des Uterus nach rückwärts gehört. Richtiger ist daher die Eintheilung dieser Ectopie in eine unvollkommene und vollkommene, je nachdem der Grund gleich tief, oder tiefer

als der Hals steht. Die Rückwärtsbeugung kann während der Schwangerschaft nur in den ersten 4 Monaten entstehen, wo dieses Organ seiner Schwerzunahme wegen tiefer in das Becken sinkt, und noch nicht so gross ist, dass es nicht in demselben Platz finden könnte; am häufigsten jedoch entsteht sie im 2. und 3. Monate; bestehen kann jedoch diess Uebel auch länger; so soll es nicht nur im 5. und 6., sondern sogar im 7. Monate der Schwangerschaft beobachtet worden sein.

Die Symptome der Rückwärtsbeugung während der Schwangerschaft sind nach dem Grade dieses Uebels und dem Schwangerschaftsmonate, in dem es besteht, mehr oder weniger heftig. Entsteht diese Dislocation in den ersten Wochen der Schwangerschaft, so stellen sich: Schwere im Schosse, ein Drängen im Becken, ein Ziehen in der Lenden- und Leistengegend, und verschiedene Beschwerden bei der Entleerung des Harnes ein, so dass der Harn nicht sogleich abfliesst, wenn das Bedürfniss zur Entleerung sich kundgibt, und er gewöhnlich nur unter starkem Drängen und bei einer ungewöhnlichen Stellung entleert wird, ohne dass dadurch der Drang zum Uriniren beseitiget würde. Ein ähnlicher Druck findet auf den Mastdarm statt. Bei weiterem Vorrücken der Schwangerschaft nehmen die krankhaften Erscheinungen an Intensität und Extension zu. Die Kreuz- und Lendenschmerzen verbreiten sich über den ganzen Unterleib, und sind so heftig, dass die Kranken unvermögend sind, aufrecht zu stehen; die Ausscheidung des Harnes und Kothes ist dermassen gehemmt, dass der Unterleib in hohem Grade aufgetrieben ist, und der Scheitel der Harnblase bis über den Nabel emporragt; hierzu gesellen sich eine unnennbare Angst und unerträgliche Schmerzen, welche der Kranken alle Ruhe rauben; Uebelkeit, Erbrechen, brennender Durst, beklommene Respiration und heftige Fieberbewegungen quälen die Kranke, bis endlich der Uterus seiner Bürde sich entleert, indem ein Abortus entsteht, oder endlich, nachdem die Entzündungssymptome den höchsten Grad erreicht haben, das plötzliche Nachlassen der Schmerzen, das auffallend veränderte Gesicht, die grosse Schwäche, der kleine schnelle Puls und die kalten Schweisse den Eintritt des Brandes verkünden, wenn nicht schon früher ein Erguss des Urines in die Bauchhöhle nach geborstener Blase, oder eine tödtliche innere Blutung, nach zerrissenem Uterus, dem qualvollen Leben ein Ende gemacht haben.

Der Unterleib der Kranken zeigt sich bei der Untersuchung ausgedehnt und gegen die leiseste Berührung empfindlich, die übermässig ausgedehnte Blase reicht nicht selten bis über den Nabel, die äusseren Geschlechtstheile sind heiss und nicht selten geschwollen, die Gegend des Mittelfleisches ist hart und gespannt, die vordere Scheidewand straff und faltenlos, die Mündung der Harnröhre nicht selten in die Scheide gezogen; die hintere Wand ist schlaff und faltig; ja selbst vorgefallen; die ganze Beckenhöhle wird durch eine runde Geschwulst erfüllet.

Die Diagnose dieser Dislocation entnehmen wir theils aus den eben genannten Symptomen, theils aus einer genauen Untersuchung, wobei man an der hinteren Wand der Mutterscheide, oder wenn man die Untersuchung durch den Mastdarm vornimmt, an der vorderen Wand des Mastdarmes, eine grosse, harte, nicht bewegliche und etwas schmerzhafte Geschwulst unterscheidet, welche nicht selten das Einführen des Fingers in die Scheide und besonders in den Mastdarm erschwert, und von dem rückwärts gebeugten Grunde der Gebärmutter gebildet wird. Den Muttermund findet man hingegen bald mehr, bald weniger hoch oben, an die Schambeine gedrückt, wo er oft schwer, oder gar nicht zu erreichen ist.

Die genaue innere Untersuchung und die strenge Würdigung der genannten Symptome, nebst der Zeitrechnung der Schwangerschaft, lehrt uns, diese Lageveränderung von dem Kopfe eines ausgetragenen Kindes, von krankhaften Geschwülsten des Uterus oder anderer benachbarten Organe, von Extrauterinschwangerschaft und andern ähnlichen Krankheiten unterscheiden. Auch gibt es Beispiele, dass die übermässig ausgedehnte Harnblase für den Uterus, oder für eine Bauchwassersucht, und die durch diese Lagestörung erzeugten Beschwerden für die beginnende Geburtsarbeit gehalten wurden.

Zu den prädisponirenden Ursachen dieser Ektopie gehören: grosse Magerkeit, bestehende Schieflage nach rückwärts, ein weites, wenig inklinirtes Becken, Schlaffheit der runden Mutterbänder und der Weichtheile im Allgemeinen, öftere und schnell auf einander folgende Geburten, und vorzüglich die üble Gewohnheit, den Harn längere Zeit zurückzuhalten; daher Frauen, die beständig in Gesellschaft vieler Menschen leben, und sich aus übel angebrachtem Schamgefühle der Befriedigung ihrer natürlichen Bedürfnisse schämen, vorzüglich zu dieser Dislocation disponirt sind, hierzu kommt

noch die sitzende Lebensweise und der häufige Genuss von warmen Thee.

Die Gelegenheitsursachen, welche, bei gegebener Disposition, oft plötzlich die Zurückbeugung herbeiführen, sind alle mechanisch wirkende, als: starke Anstrengungen, besonders das Heben und Tragen schwerer Lasten, heftiges Erbrechen, Niesen, Husten, Lachen, Schreien, starkes Drängen nach abwärts bei der Stuhlentleerung, Verletzungen des Unterleibes durch Stoss, Schlag, Druck, heftige Erschütterung durch einen Fall. Zu den Schädlichkeiten, welche mehr allmälig diese Lageveränderung herbeiführen, gehören: starkes Zusammenschnüren des Leibes, immerwährende Lage auf dem Rücken, organische Krankheiten der benachbarten Theile und anhaltendes Wirken der disponirenden Momente.

Die Prognose ist im Allgemeinen ungünstig, insbesondere richtet sie sich nach dem Grade und der Dauer der Retroversion, und der Zeit der Schwangerschaft; besteht sie im unvollkommenen Grade, nicht lange, und in den beiden ersten Monaten der Schwangerschaft, wird Harn und Koth ohne grossen Beschwerden entleert, so tritt der Uterus bisweilen von selbst in seine ursprüngliche Lage, oder wird wenigstens leicht in dieselbe gebracht, und die Schwangerschaft erreicht ihr normales Ende; im entgegengesetzten Falle jedoch sind Entzündung und Brand oder selbst Berstung des Uterus, Zerreissung der Blase und tödtliche Ergiessung des Urins in die Bauchhöhle, Einklemmung der Bauch- und Beckeneingeweide mit ihren Folgen, oder in dem, für die Mutter günstigeren Falle, ein Abortus, die gewöhnlichen Folgen der Retroversion.

Um die erste Anzeige der Therapie zu erfüllen, haben wir die lebensgefährlichen Zufälle, die bald als erregende und unterhaltende Ursache, bald als Folgen der Retroversion, bald als Hindernisse der Reposition erscheinen, so schnell als möglich zu beseitigen.

Die Ueberfüllung der Blase ist gewöhnlich als das dringendste Symptom zuerst zu beseitigen; diess geschieht im Nothfalle durch Einführung zweier Finger zwischen die Vaginalportion und die Schambeine, sicherer jedoch durch Einführung des Katheters, was am leichtesten in der Knieellenbogenlage geschieht; sollte jedoch diess auf keine Weise möglich sein, und die Entleerung des Urins dringend angezeigt sein, so entschliesse man sich zu dem Blasenstiche über der Schossfuge.

Man mag jedoch auf was immer für eine Art den Harn entleeren, so thue man diess nie auf ein Mal, sondern absatz-

weise, um die Lähmung dieses Organes zu verhüten. Hierauf hat man für die Entleerung des Mastdarmes zu sorgen, was zweckmässiger durch Klystiere, als durch Purgantia geschieht; erstere sind jedoch oft schwierig beizubringen, wesshalb auch hierbei die Knieellenbogenlage anzunehmen ist.

Um endlich den entzündlichen Zustand, nicht nur des Uterus, sondern auch der benachbarten Organe zu beseitigen, dienen allgemeine und örtliche Blutentziehungen, öhlige Emulsionen mit Nitrum, Calomel, warme Bäder u. s. w.

Nicht selten kehrt der Uterus, nach Beseitigung jener Hindernisse, und bei einer angemessenen Lage der Kranken von selbst in seine normale Lage zurück, wesshalb auch einige Geburtshelfer, besonders Busch, das Emporsteigen des Uterus der Natur überlassen, und nur dann, wenn in einer, mit dem Steisse erhöhten Seitenlage der Schwangeren, der Uterus nach 8, bis höchstens 24 Stunden sich nicht erhebt, die Reposition unternehmen, da frühere Repositionsversuche Abortus bewirken sollen; Andere hingegen rathen sogleich zur Reposition zu schreiten.

Prof. Dr. Schwarzer lehrt, in dringenden Fällen, wo man von diesem Verzuge Gefahr zu befürchten hat, sogleich zur Reposition zu schreiten; in nicht dringenden Fällen aber, das, von Busch vorgeschlagene Verfahren zu beobachten.

Die Reposition selbst geschieht am besten mittelst der Finger, durch die Scheide, oder schwieriger und unzweckmässiger, durch den Mastdarm, bei einer Seiten- oder noch besser Knieellenbogenlage der Schwangern, indem man sich bei der letztgenannten Lage hinter und etwas zur linken Seite der Kranken stellt, und, während man mit der linken Hand, durch einen gelinden Druck über die Schambeinsvereinigung das weitere Erheben des Muttermundes verhütet, den beöhlten Zeig- und Mittelfinger der rechten Hand, oder, im Nothfalle, die ganze, konisch zusammengelegte, ausgestreckte Hand langsam in die Vagina einbringt, die Spitzen der Finger an den Gebärmuttergrund ansetzt, und ihn durch einen gelinden Druck nach aufwärts, gegen die rechte Seite des Vorberges zu drängen sucht. Ist der Uterus einmal über der Linea arcuata, so schnellt er nicht selten von selbst in seine normale Lage zurück.

Diese Operationsweise, geschickt ausgeführt, ersetzt alle übrigen, die oft mehr schaden, als nützen; so wollen Einige die Reposition leichter durch den Mastdarm vollführen, und Parent will sogar zu diesem Zwecke die ganze Hand in den Mastdarm bringen; Bergheim bringt, bei aufrechter

Stellung der Kranken, den Zeige- und Mittelfinger der rechten Hand in den Mastdarm, den Daumen aber in die Scheide; Mad. Boivin hat zum Herabziehen der Vaginalportion ein eigenes, löffelartiges Instrument erfunden; Senter drückt in verzweifelten Fällen den schwangeren Uterus durch die, in die Scheide gebrachte Hand einige Minuten lang zusammen; Bellanger bringt einen flachen Katheter in die Blase; Vermandois eine leere Blase in den Mastdarm, die er dann aufbläst; Vogel ein glattes, abgerundetes Stäbchen. Richter erfand einen Hebel, den er Hysteromochlion oder Vectis uterinus nannte, El. v. Siebold bedient sich eines, an ein Fischbeinstäbchen befestigten, Schwammes. Drejer erfand einen Gebärmutterhebel u. s. w.

Ist es jedoch ganz unmöglich, die Gebärmutter wieder in ihre normale Lage zu bringen, so wächst die Gefahr mit jedem Augenblicke, und, wird nicht auf irgend eine ausserordentliche Weise schnelle Hilfe geschafft, so ist die Kranke unwiederbringlich verloren. In diesem traurigen Falle nun sind fünf verschiedene Vorschläge gemacht, um entweder blos die Mutter, oder Mutter und Kind zu retten.

Das sicherste von diesen Mitteln zur Erhaltung der Mutter wäre die, von Carus empfohlene Bewerkstelligung eines Abortus, durch Sprengung der Eihäute, mittelst einer gebogenen, geknöpften Sonde, um die Reposition durch die nach dem Abflusse des Fruchtwassers erfolgte Verkleinerung des Uterus zu erleichtern, wenn nicht häufig das Einbringen einer Sonde in den an die Schambeine angedrückten Mund unmöglich wäre; in diesem Falle nun hat Hunter die Durchbohrung des schwangeren Uterus, mittelst eines Troikarts, vorgeschlagen, welche Operation er durch die Scheide, Fiedler und Martin aber durch den Mastdarm gemacht wissen wollen. Die von Lynn zuerst vorgeschlagene Paracenthese der Harnblase über der Schossfuge, gehört eigentlich nicht hieher, da sie eine für sich nothwendige Operation ist, um bei unmöglicher Entleerung des Harnes durch den Katheter, sowohl die Berstung der Blase zu verhüten, als auch die Reposition möglich zu machen, daher wir schon bei der Erfüllung der ersten Anzeige davon gesprochen haben. Um jedoch nicht nur die Mutter, sondern auch das Kind zu retten, sind noch zwei Operationsmethoden vorgeschlagen worden, nämlich der Schamfugenschnitt von Purcell und der Bauchschnitt von Callisen, welche Methoden jedoch, da sie die Mutter nur in noch grössere Gefahr stürzen, schwerlich den oben genannten Zweck erreichen werden.

Hat man nun die rückwärtsgebeugte Gebärmutter, glücklich in ihre normale Lage gebracht, so suche man sie darin zu erhalten. Dass man die, zu diesem Zwecke erfundenen *Pessarien*, während der Schwangerschaft, wegen der leichten Bewirkung eines *Abortus*, zu vermeiden habe ist bereits beim Vorfall des Uterus gesagt worden, übrigens sind sie auch nicht nöthig, da eine ruhige Seiten- oder Bauchlage mit erhöhtem Steisse, so lange angenommen, bis sich der Uterus an die normale Lage gewöhnt und dermassen vergrössert hat, dass dessen Rückwärtsbeugung nicht mehr möglich ist, was gewöhnlich schon nach dem vierten Monate der Fall ist. Ausserdem reiche man eine einfache, wenig nährende Diät, und sorge für gehörige Entleerung der Blase und des Mastdarmes, durch Anwendung des Katheters und erweichender Klystiere.

Sollten jedoch besondere Verhältnisse, der Schwangeren nicht erlauben, obiges Regimen zu beobachten, und muss man daher, in diesem Falle, seine Zuflucht zu einem mechanischen Mittel nehmen, um den Uterus in seiner Lage zu erhalten, so ist ein weicher, mit feiner Leinwand überzogener Badeschwamm, in die *Vagina* eingebracht, und durch eine **T** Binde gehalten, das am wenigsten schädliche Mittel (Prof. Schwarzer's Handbuch).

Wie die, noch fortbestehenden üblen Folgen zu behandeln sind, lehrt die specielle Therapie.

5. Vorwärtsbeugung der Gebärmutter; *antroversio uteri, versio uteri antrorsum*, ist jene Dislocation des Uterus, wo er, mit Beibehaltung seiner früheren Form, seine Richtung dermassen ändert, dass der Grund desselben nach vorwärts, gegen die Schambeinsvereinigung, die *Vaginalportion* aber mit dem Muttermunde nach hinten, gegen das *Promontorium*, gerichtet ist, so dass die Längenachse desselben, bei aufrecht stehendem Körper, beiläufig horizontal liegt; sie ist daher nur ein höherer Grad der Schieflage nach vorwärts.

Das Vorkommen dieser Ektopie wurde von Einigen ganz geleugnet, während Andere sie nur im nicht schwangeren Zustande zugeben, die Erfahrung hat jedoch gelehrt, dass sie sowohl in, als ausser der Schwangerschaft, so wie im Wochenbette vorkommen.

Die Vorwärtsbeugung, während der Schwangerschaft, kann nur in den ersten Monaten vorkommen, da schon im dritten Monate der Gebärmuttergrund über die Schambeine emporsteigt.

Zu den Krankheitserscheinungen, die uns diese Ektopie während der Schwangerschaft darbietet, gehören: Ein beständiger Drang Urin zu lassen, der bei der Rückenlage vermindert wird, Schmerz bei der Berührung des Unterleibes über der Schambeinsvereinigung; richten sich solche Kranke auf, so fühlen sie einen harten Körper auf die Blase fallen, der sie nöthiget, Urin zu lassen, und der, bei einer Rückenlage, wieder zurückfällt; der Schmerz im Hypochondrio erstreckt sich bisweilen bis in die Lenden- und Inquinal-Gegend. Bei höherem Grade dieses Uebels wird die Stuhlentleerung gehemmt, und es gesellen sich selbst die Symptome einer *Metritis*, und wenn sich die Entzündung auf die Blase, die *Ovarien* und das Bauchfell verbreitet, die einer *Cystitis*, *Ovaritis* und *Peritonitis* und endlich die eines hektischen Fiebers hinzu, welche Ausgänge jedoch mehr der *Antroversion* im nicht schwangeren Zustande zukommen.

Man erkennt diese Dislocation weniger aus den aufgezählten Symptomen, als vielmehr aus einer genauen örtlichen Untersuchung, wobei man die vordere Scheidewand wulstig hervor und abwärts gedrängt, und den Uterus selbst quer im Becken gelagert findet, so, dass die vordere Wand zur unteren wird; der Muttergrund ist gegen die Harnblase, der Mund gegen die vordere Mastdarmwand gelehnt; oft wird es nöthig sein die Untersuchung durch den Mastdarm zu unternehmen, wobei man den Mutterhals vor seiner vordern Wand liegend findet.

Verwechselt kann diese Lageveränderung mit der Rückwärtsbeugung, mit Steinbeschwerden, *Cystitis*, organischen Fehlern des Uterus, und andern ähnlichen Krankheiten, werden.

Zu den disponirenden Momenten gehören: Ein sehr weites oder stark geneigtes Becken, Schlaffheit der *Ligamente* des Uterus und der Bauchdecken, Einwärtsbiegung der Lendenwirbel u. s. w. Die Gelegenheitsursachen sind theils solche welche eine allmälige Vorwärtsbeugung bewirken, wie: habituelle Stuhlverstopfung, Knochenauswüchse an der hinteren Beckenwand, Ausartung der Gebärmuttersubstanz, theils solche, welche sie plötzlich herbeirufen, als: Heben schwerer Lasten, starkes Drängen beim Stuhlabsetzen, Erschütterung des Körpers, starkes Erbrechen, heftiges Husten bei vorgeneigtem Körper etc. etc.

Die Prognose ist im Allgemeinen viel günstiger, als bei der *Retroversio uteri*, da einerseits, die davon abhängigen Beschwerden nicht so bedeutend sind, andererseits auch die

Reposition viel leichter gelingt; insbesondere aber richtet sie sich nach der, zu Grunde liegenden Ursache, und nach den *Complicationen* mit andern pathologischen Zuständen.

Die kurative Behandlung hat dieselben drei Anzeigen zu erfüllen, wie bei der *Retroversion.* Es wird daher auch hier für die Entleerung der Blase und des Mastdarmes, und für die Beseitigung einer entzündlichen Affection zu sorgen sein, in so fern diese Zustände die *Resposition* unmöglich, beschwerlich oder sehr schmerzhaft machen, wobei man jedoch nie vergessen darf, dass die meisten dieser üblen Zufälle, nach gelungener *Resposition*, von selbst verschwinden.

Die *Reposition* selbst geschieht am besten in der Rückenlage der Schwangeren, mit erhöhtem Steisse, und angezogenen Schenkeln, indem man die Spitzen der zwei, in die Scheide gebrachten Finger, an die vordere Wand der Scheide unter den Grund der Gebärmutter anlegt, und ihn hinter der Schambeinsvereinigung in die Höhe zu führen sucht.

Meissner sucht zugleich, während er den Grund mit dem Zeigefinger emporhebt, den Hals mittelst des hackenförmig gebogenen Mittelfingers abwärts zu ziehen.

Um den Uterus in seiner Lage zu erhalten, geben wir der Schwangeren durch längere Zeit eine Rückenlage mit erhöhtem Becken, und sorgen für regelmässige Stuhlentleerungen, bis sich der Uterus, nach dem dritten Monate, so vergrössert hat, dass dessen Vorwärtsbeugung nicht mehr möglich ist, und schlage dann das, gegen den Hängebauch angegebene Verfahren, welches vorzüglich in der Anlegung einer fest anliegenden Bauchbinde besteht, ein.

6. **Bruch der Gebärmutter, Gebärmutterbruch,** ***Hernia uteri, Hysterocele, Metrocele*** ist jene Lageveränderung des Uterus, wobei derselbe seine normale Richtung verlässt, und aus seiner Höhle durch eine normale oder anormale Oeffnung der Bauch- oder Beckenhöhle, unter die allgemeine Bedeckung tritt, und dort eine Geschwulst bildet. In der Regel ist hierbei seine frühere Form nicht verändert; jedoch findet man ihn auch, bei längerem Bestehen des Uebels, oder bei Einklemmung desselben; durch eine Einschnürung in zwei Hälften getheilt.

Der Bruch des Uterus während der Schwangerschaft gehört zu den seltensten Dislocationen.

Innere Brüche des Uterus nämlich in die Blase, Scheide und in den Mastdarm, sind nicht beobachtet oder wenigstens nicht beschrieben worden; von den äusseren jedoch wurden folgende Arten beobachtet: Der Leistenbruch *Bubonocele*,

Schenkelbruch *Myrocele,* Seitenbauchbruch *Laparocele,* Nabelbruch *Omphalocele*, der Bruch in der weissen Bauchlinie *Hysterocele lineae albae*, und der Rücken oder eigentlich Hüftbruch *Hernia uteri dorsalis vel ischiadica.*

Die Symptome, welche uns die Brüche des schwangeren Uterus darbieten, sind verschieden, nach dem plötzlicheren oder langsameren Entstehen, nach der Art, dem Grade und der Dauer des Bruches, und nach den Complicationen, und sind im Allgemeinen die der Eingeweidebrüche, vorzüglich aber: ziehende Schmerzen im Becken, die bei aufgerichtetem Stamme zunehmen, Nierenschmerzen, Harn und Kolikbeschwerden, Uebelkeiten, Beängstigung, Würgen, und Erbrechen, welche Symptome mit dem Fortschritte der Schwangerschaft, bei vernachlässigter Kunsthülfe zunehmen; erfolgt Einklemmung, so treten die Zeichen einer heftigen Entzündung, oder auch selbst Abortus ein. Anfangs der Schwangerschaft lässt sich die harte, runde Geschwulst gewöhnlich zurückbringen, im weiteren Verlaufe derselben ist jedoch diess meistens nicht mehr möglich.

Man erkennt den Bruch der schwangeren Gebärmutter aus den oben angegebenen Symptomen, aus der allmäligen Zunahme der Geschwulst, aus der in der Tiefe wahrnehmbaren Fluctuation, aus der Wahrnehmung einzelner Kindestheile, durch die äussere Wandung der Geschwulst, aus den fühlbaren Kindesbewegungen, und dem hörbaren Herzschlage des Kindes und Placentageräusche. Ausserdem zeigt uns die innere Untersuchung, bei den Bauchbrüchen im Allgemeinen, die Scheide nach der Seite des Bruches gezogen, den Mund sehr hoch, oft nicht erreichbar, bei den Reductionsversuchen nähert er sich dem untersuchenden Finger.

Disponirende Momente sind: grosse Schlaffheit und Nachgiebigkeit der Bauchdecken, Narben derselben, Hängebauch, Neigung des schwangeren Uterus nach vorne, schon bestehende Brüche. Zu den Gelegenheitsursachen aber, alle heftigen activen oder passiven Bewegungen des Körpers.

Die Vorhersage ist beim Bruche des schwangeren Uterus im Allgemeinen sowohl für Mutter als Kind ungünstig: Erstere verliert nicht selten ihr Leben in Folge der Einklemmung oder einer nothwendig gewordenen Operation, letzteres durch zu früh erfolgte Ausscheidung; am ungünstigsten ist die Prognose bei Schenkel- und Leistenbrüchen, bei grossen, alten, nicht zurückführbaren, eingeklemmten, mit anderen Krankheiten complicirten Hernien.

Die Behandlung hat bei solchen Schwangeren, welche

bereits irgend einen Eingeweidbruch, oder auch nur einen bedeutenden Hängebauch besitzen, der Entstehung eines Gebärmutterbruches, durch das Anlegen guter Bruchbänder, oder passender Bauchbinden, vorzubeugen. Ist jedoch bereits ein Gebärmutterbruch erfolgt, so unternehme man, nach Beseitigung der, die Reposition hindernden Zufälle, die Taxis nach den Regeln der Chirurgie, wozu oft eine passende Lage hinreichen wird. Den zurückgebrachten Uterus suche man durch einen passenden Verband in seiner Höhle zurückzuhalten.

Ist jedoch die Reposition nicht möglich, und bestehen keine gefährlichen Zufälle, so verhüte man blos den weiteren Austritt, und unterstütze den Bruch mit einer Bauchbinde oder einem Tragbeutel, und warte die Geburt ruhig ab. Gesellen sich jedoch so bedenkliche, nicht zu beseitigende Zufälle hinzu, die dem Leben der Schwangeren Gefahr drohen, so ist es rathsamer, wenn die Schwangerschaft bereits zur **29.** Woche gediehen ist, die künstliche Frühgeburt, durch den Eihautstich einzuleiten (Prof. Schwarzers Handbuch).

7. Umbeugung, Umbiegung der Gebärmutter, *flexio uteri*, *l'incurvation de la matrice*, ist jene Lageveränderung des Uterus, wobei nicht nur seine Richtung, sondern auch seine Form, dermassen vom normalen Zustande abweicht, dass die Gebärmutterachse nicht eine gerade, sondern eine mehr oder weniger gebogene Linie darstellt, wodurch der Uterus die Form einer Retorte, oder eines Hufeisens bekömmt, und wobei sein Grund nicht dem Munde entgegengesetzt, sondern mehr nach einer oder der andern Seite, oder selbst nach abwärts gerichtet ist, und eine seiner vier Wände mehr convex, die dieser gegenüberliegende aber mehr concav erscheint.

Die Beugungsstelle ist, nach Mad. Boivin und Duges's Angabe, meistens jene, wo der Hals des Uterus in den Körper übergeht.

Wir unterscheiden, nach dem Grade der Umbeugung, eine vollkommene und unvollkommene, je nachdem die Achsen des Mundes und Grundes parallel liegen, oder in einem Winkel sich schneiden; im ersten Falle hat der Uterus die Form eines U, oder Hufeisens, im zweiten, die eines L, oder einer Retorte.

Obwohl sich die Gebärmutter nach allen Richtungen hinbeugen kann, wobei bald der Hals, bald der Körper, bald keines von beiden, in seiner normalen Lage und Rich-

tung bleibt, so wird doch allgemein nur eine Vorwärtsbeugung *Antroflexio, Pronatio*, wobei der Grund zwischen dem Halse und der Schambeinsvereinigung liegt, und eine Rückwärtsbeugung des Uterus, *Retroflexio*, *Supinatio uteri*, wobei der Grund zwischen dem Halse und Kreuze liegt, angenommen.

Man hat diese Lageveränderung in und ausser der Schwangerschaft, während der Geburt und dem Wochenbette beobachtet. Während der Schwangerschaft kommt die Umbeugung sehr selten, und nur in den ersten Schwangerschaftsmonaten vor.

Die Symptome dieser Ektopie, während der Schwangerschaft, haben eine grosse Aehnlichkeit mit der *Antro*- und *Retroversio*; so treten, bei der Umbeugung nach vorne, mehr die, der gestörten Harnsecretion, bei der, nach hinten, die der zurückgehaltenen Stuhlentleerung hervor; hiezu kommen noch häufig hysterische Erscheinungen, Schmerzen, ein Gefühl von Ziehen im Becken und in der Leistengegend, ein stetes Drängen auf Blase und Mastdarm, Anwandlungen von Ohnmacht.

Alle diese Symptome treten bei aufrechter Stellung der Kranken bedeutend hervor, und mindern sich fast durchgängig in horizontaler Lage. Bei weiterem Fortschreiten der Schwangerschaft, verschwinden allmälig diese Symptome, indem sich der ausgedehnte Uterus in seine normale Lage begibt, und die Schwangerschaft erreicht ungetrübt ihr Ende, oder es erhebt sich der Uterus nicht, alle Zufälle steigern sich, und es erfolgt ein *Abortus*.

Man erkennt diese Lageveränderung gröstentheils nur aus einer genauen inneren Untersuchung; hierbei findet man nicht selten den Gebärmutterhals und Mund normal gelagert, was leicht zu Täuschungen Anlass gibt, desshalb umgehe man denselben, mit dem untersuchenden Finger, so hoch als möglich, wo man dann, vor oder hinter dem Mutterhalse, eine harte, schwere, und runde Geschwulst findet, die vom Gebärmuttergrunde gebildet wird, wovon man sich dadurch überzeugt, dass man Einen der beiden, in die Scheide gebrachten Finger, an den Mund, den andern aber an den untersten Theil der Geschwulst setzt, und durch abwechselnde Bewegung beider Finger, bald den einen, bald den anderen Körper zu erheben, oder überhaupt nach irgend einer Richtung zu bewegen sucht.

Die zu diesem Uebel disponirenden Momente sind dieselben wie bei der *Antro*- und *Retroversio*, besonders wenn

sie mit bedeutender Schlaffheit des Uterinsystemes verbunden sind; ausserdem sind besonders jene Frauen zur Umbeugung der Gebärmutter, während der Schwangerschaft disponirt, denen ein geringer Grad dieses Uebels schon angeboren ist. Auch die erregenden Ursachen sind bereits bei der *Antro-* und *Retroversio* angegeben worden; vorzüglich sind es Unterleibsgeschwülste, Harnverhaltung, und nach M e n d e, rheumatische Leiden der Einen Hälfte des Uterus, nach M e i s s n e r: ungleichmässige Entwicklung der vordern und hintern Gebärmutterfläche, oder, wie sich L h e r e t i e r ausdrückt, die ungleiche Zunahme des fibrösen Gewebes, welche selbst bei nicht Disponirten diese Dislocation während der Schwangerschaft bewirken.

Die Prognose richtet sich nach dem Grade, der Art, der Dauer, der Ursache, und den Complicationen dieses Uebels. Günstiger ist sie bei der unvollkommenen Umbeugung, die nicht lange besteht, ohne gefährliche Complicationen ist, und deren Ursache leicht entfernt werden kann, günstiger bei der *Supinatio*, da der Uterus in der Höhle des Kreuzbeines gewöhnlich mehr Raum findet, und nicht so leicht die höchst schmerzlichen Harnverhaltungen veranlasst, wie die *Pronatio;* am günstigsten, wenn die lästigen und gefährlichen Symptome immer mehr verschwinden, und der sich ausdehnende Uterus allmälig aus der Beckenhöhle emporsteigt; ungünstiger hingegen im entgegengesetzten Falle, und am ungünstigsten, besonders für die Mutter, wenn Zeichen der Einklemmung und der Entzündung des Uterus eintreten; für die Frucht aber, wenn sich die *Prodroma* des *Abortus* bereits eingestellt haben.

Um den Eintritt dieser Dislocation zu verhüten, lasse man allen zu diesem Uebel Disponirten gut anliegende und den Uterus stützende Leibbinden tragen, suche jede Gelegenheitsursache sorgfältig entfernt zu halten, besonders verwahre man solche Schwangere vor Verkühlung, als einer der häufigsten Gelegenheitsursachen dieser Ektopie; vor Harn und Stuhlverhaltung. Ist jedoch bereits Umbeugung erfolgt, so vermeide man bei Schwangeren so viel als möglich jeden Repositionsversuch, da dadurch einerseits der Eintritt eines Abortus begünstiget wird, anderseits aber ohnediess das zweckmässigste Repositionsmittel die Schwangerschaft selbst ist. Man lasse daher in solcheu Fällen die Schwangere eine ruhige, horizontale Lage beobachten, empfehle ihr den Gebrauch lauer Bäder, reiche ihr eine leicht

verdauliche Nahrung, sorge für regelmässige Entleerung der Harnblase und des Mastdarmes, und erwarte von der allmäligen Entwicklung des schwangeren Uterus die Ausgleichung der Umbeugung. Sollte jedoch dessen ungeachtet Abortus eintreten, so benütze man die Zeit, wo die Gebärmutter sich ihres Inhaltes entleert hat, zur Reposition, da diess der günstigste Zeitpunkt dazu ist; auf welche Art diess geschieht, wird später angegeben werden. Zur Erhaltung des Uterus in seiner normalen Lage ist während der Schwangerschaft nichts nöthig; doch kann man, um ein anderes Uebel, nämlich einen Hängebauch zu vermeiden, eine Bauchbinde tragen lassen. Von der Erhaltung des nach einem Abortus reponirten Uterus in der III. Abtheilung.

II. Abtheilung.

Dislocationen des Uterus während der Geburt.

Um Wiederholungen zu vermeiden, wird bei den Dislocationen des Uterus während der Geburt und dem Wochenbette nur das Unterscheidende angegeben, bei allem Gemeinsamen aber auf das in der I. Abtheilung Gesagte hingewiesen werden:

1. Vorfall des Uterus: Begriff und Eintheilung, so wie auch die vorzüglichsten Symptome, wurden bereits angegeben; hier ist nur noch in Hinsicht der Symptomatologie zu bemerken, dass die Wehen, sowohl beim vollkommenen als unvollkommenen Vorfall, sehr schmerzhaft zu sein pflegen, was im ersten Falle seinen Grund in einer bedeutenden Dehnung des Bauchfelles, im zweiten aber in der Einklemmung der Muttermundslippen zwischen dem Kindskopf und dem Becken hat, wo sich dann im letzteren Falle die Symptome der Muttermundentzündung dazu gesellen.

Die ätiologischen Verhältnisse sind dieselben, wie bei dem Prolapsus während der Schwangerschaft; insbesondere sind das zu frühe und heftige Verarbeiten der Wehen, noch vor eröffnetem Muttermunde, das Gebären in den Geburtsstühlen und das Anziehen an dem Nabelstrange bei angewachsener oder eingesackter Placenta die häufigsten Gelegenheitsursachen des Vorfalles während der Geburt.

Die Vorhersage hängt von dem Grade des Vorfalls ab: beim unvollkommenen klemmt sich im Verlaufe der Geburt nicht selten der Muttermund, besonders die vordere Lippe, zwischen dem Kopfe und dem Becken ein, wodurch Entzündung, heftige Schmerzen und Abnormität der Wehenthätigkeit entstehen, welche letzteren Zustände nun wieder die Geburt mehr oder weniger erschweren, oder auch den Kräften der Natur ganz unmöglich machen. Der vollkommene Vorfall bewirkt ausserdem nach der Ausscheidung des Kindes nicht selten noch tieferen *Prolapsus*, oder selbst Umstülpung des Uterus.

Die prophylactische Behandlung tritt besonders bei jenen Gebärenden in Wirksamkeit, welche schon früher an einem Vorfalle gelitten haben, oder doch eine hochgradige Disposition zu diesem Uebel besitzen; eine solche Kreissende nun, lasse man gleich anfangs der Geburt eine ruhige, horizontale Rückenlage annehmen, und verbiete ihr das Verarbeiten der Wehen, besonders vor der Eröffnung des Muttermundes. Bei der Wegnahme oder etwa nöthigen Lösung der Nachgeburt sei man besonders vorsichtig, dass man nicht durch einen übel angebrachten Zug an der Nabelschnur einen Vorfall des Uterus gewaltsam herbeiführe.

Besteht jedoch bereits ein Vorfall des Uterus während der Geburt, so wird es nur in den seltensten Fällen gelingen, ihn noch vor Entleerung seines Inhaltes zurückzubringen, wesshalb unsere Behandlung vor beendeter Geburt meist nur palliativ ist. Wir müssen daher bei unvollkommenem Vorfalle, um eine Einklemmung der Lippen zu verhüten, diese mit 2 wohl beöhlten Fingerspitzen zurückzuhalten suchen, und bei gefährlichen Umständen selbst zur Anlegung der Zange schreiten, was jedoch mit der grössten Vorsicht geschehen muss, um den Muttermund nicht zu sehr zu quetschen, oder selbst in die Löffel zu fassen. Bei vollkommenem Vorfalle suchen wir ebenfalls, nachdem wir die Kreissende eine horizontale Rückenlage annehmen liessen, und ihr das Verarbeiten der Wehen untersagten, die vorgefallene Partie durch in Oel getauchte Schwämme, oder mittelst eines beölten, nach der Grösse des Kindskopfes ausgeschnittenen, leinenen Tuches, welches man sanft an die äusseren Geschlechtstheile andrücken lässt, zurückzuhalten; nicht selten muss man auch hier zur Anlegung der Zange oder selbst zu Einschnitten in den verhärteten Muttermund seine Zuflucht nehmen. Nach Ausscheidung des Kindes versucht man nun die Reposition nach den in der I. Abtheilung angegebenen Regeln, und überlässt die Ausscheidung der Placenta der Natur; sollte sie jedoch künstlich gelöst und entfernt werden müssen, so gehe man mit grosser Vorsicht zu Werke, und lasse die Hand bis zur vollkommenen Zusammenziehung des Uterus in demselben liegen. Der reponirte Uterus wird nun nach den in der III. Abtheilung anzugebenden Regeln in seiner Lage erhalten.

2. Erhebung des Uterus. Diese Lageänderung während der Geburt hat mit jener während der Schwangerschaft das Meiste gemein. Nur in Hinsicht der Therapie ist hier zu bemerken, dass bei jener Art von Erhebung, welche

in Folge einer Verengerung des Beckenraumes durch was immer entstanden ist, die Geburt eines vollkommen ausgewachsenen Kindes durch die blossen Naturkräfte kaum möglich sein wird, daher in diesen Fällen bald die Zange, bald der Kaiserschnitt, bald die Embriotomie angezeigt sein wird.

3. Umstülpung des Uterus, *Inversio uteri*; *Hysteroptosis, Renversement de la matrice* ist jene Lageveränderung des vergrösserten und erweichten Uterus, wobei der Muttergrund, der sonst die höchste Partie des Uterus bildet, in die Gebärmutterhöhle hinein, durch den erweiterten Mund hindurch, und selbst durch die Scheide vor die äusseren Geschlechtstheile tritt. Hierbei wird die innere Fläche des Uterus zur äussern, und seine Form, nach dem Grade der Umstülpung, mehr oder weniger entstellt, die Richtung aber nicht wesentlich verändert.

Wir theilen diese Ectopie, nach dem Grade der Umstülpung, folgender Massen ein: 1. Einstülpung, *depressio fundi uteri*, ist jener Grad, wobei sich der Grund in die Höhle einstülpt, ohne den Mund zu passiren. 2. Unvollkommene Umstülpung, *inversio uteri incompleta*, wo der Grund und ein Theil des Körpers durch das Orificium durchgetreten ist, der untere Theil des Körpers aber noch vom Munde umgeben wird. 3. Vollkommene Umstülpung, in welcher die ganze innere Fläche zur äussern und der unterste Theil, nämlich der Mund, zum obersten geworden ist, das Organ aber selbst ausser den Genitalien liegt; bei diesem Grade muss immer auch eine Umstülpung der Scheide statt finden. Ferner unterscheiden wir, nach dem Verlaufe, eine acute und eine chronische Umstülpung. Erstere werden wir insbesondere hier, letztere aber im dritten Abschnitte betrachten.

Die Symptome, die uns diese Lageveränderung darbietet, sind verschieden nach der Entstehungsweise und dem Grade dieses Uebels.

Entsteht während der Geburt, nach Ausscheidung des Kindes, also in der fünften Periode, eine Umstülpung im ersten Grade, so klagen die Kranken über ein Gefühl von Vollheit im Becken, ein Ziehen, das sich nach den Oberschenkeln abwärts erstreckt, und ein Gefühl von Drängen, als ob sich noch ein Kind zur Geburt stellte. Beim zweiten Grade sind alle Erscheinungen heftiger, besonders sind es die der Einschnürung und der dadurch bewirkten heftigen Entzündung, die des Blutflusses, der gewöhnlich sehr profus ist, und die nervösen Erscheinungen, als: Ohnmacht, Erbrechen, Convulsionen, kleiner, schwacher Puls und grosse Schwäche;

ausserdem gesellen sich noch mehr oder weniger bedeutende Beschwerden der Harn- und Stuhlausscheidung hinzu. Am heftigsten jedoch sind die Symptome bei der vollkommenen Umstülpung des Uterus während der Geburt, wenn er, wie gewöhnlich, durch plötzliches, gewaltsames Hervorziehen der Gebärmutter aus dem Becken bewirkt wurde. Der heftigste Schmerz, den die Kranken mit dem Gefühle, als würde ein Eingeweide aus seiner Höhle gerissen, vergleichen, bewirkt gewöhnlich ein lautes Aufschreien der meistens Verlornen, zugleich tritt gewöhnlich eine sehr heftige Blutung ein, welche, wenn sie nicht selbst in Kurzem tödtet, bald von heftigen, nervösen Erscheinungen begleitet wird, die als die Vorboten des nahenden Todes zu betrachten sind. In anderen Fällen tritt der Tod jedoch als Folge der Entzündung ein, in anderen, selteneren, verschwinden die Entzündungssymptome allmälig, der Uterus verkleinert sich, und es bleibt eine chronische Umstülpung zurück, die oft viele Jahre ohne bedeutende Beschwerden fortbesteht.

Die Diagnose ergibt sich theils aus den genannten Zufällen, theils aus der Leere des Unterleibes und dem Mangel einer harten Kugel über den Schambeinen, welche der Uterus sonst gleich nach der Geburt zu bilden pflegt. Bei der Depression der Gebärmutter findet man zwar auch die Gebärmutter über den Schambeinen als einen harten Körper, jedoch bietet sie nicht jene Kugelform dar, und die in den Uterus gebrachte Hand fühlt den herabgesenkten Theil des Uterus. Beim zweiten Grade finden wir bei der innern Untersuchung in der Scheide einen runden, fleischigen Körper, der vom Munde umgeben wird, empfindlich ist, und an dem man die Placenta oder die Stelle, an der sie sich gelöst hat, unterscheiden kann. Beim dritten Grade endlich kommt uns ausser dem Gefühle noch das Gesicht zu Hilfe. Durch diese nun genannten diagnostischen Momente werden wir in den Stand gesetzt, diese Ectopie von einem Kindskopfe, vom Prolapsus, von einem Polypen, einer Mola, von Scheidenbrüchen und Blutgeschwülsten der Mutterscheide zu unterscheiden.

Aus dem Begriffe, den wir von dieser Lageabweichung gegeben haben, erhellet, dass sie nur bei Vorhandensein dreier Bedingungen entstehen könne, nämlich: bei einer, in ihrem Umfange vergrösserten, in ihrem Gewebe erweichten, und an ihrer Mündung erweiterten Gebärmutter. Diess ist nun nur während der Geburt, in der fünften Periode, und im ersten Zeitraume des Wochenbettes der Fall; daher sind mehr oder weniger alle Frauen in diesem Zeitraume zu dieser Ec-

topie disponirt; unter diesen jedoch wieder vorzüglich jene, bei welchen die Uteruswände dünn sind, und aller Contraction entbehren. Diess ist vorzüglich bei Frauen von phlegmatischem Temperamente, schlaffer Faser und schwächlicher Constitution der Fall, ferner bei solchen, die an Atonie der Genitalien, *Hydrops*, *fluor albus*, profuser Menstruation, an langwierigen Diarrhöen und an öfteren Blutflüssen gelitten haben, bei solchen, die ein weites Becken besitzen, und deren Uterus während der Schwangerschaft zu sehr ausgedehnt war; endlich lässt auch der Missbrauch warmer Bäder während der Schwangerschaft gerne eine hochgradige Disposition zu diesem Leiden zurück. Zu den gewöhnlichsten Gelegenheitsursachen der Umstülpung des Uterus während der Geburt gehören: das unvorsichtige Ziehen am Nabelstrange, um die Placenta zu entfernen, besonders, wenn sich der Uterus nach der Ausscheidung des Kindes nicht zusammengezogen hat, die Placenta noch fest mit ihm verbunden ist, und ihren Sitz in der Mitte des Grundes hat, eine absolut, oder durch Umschlingungen und Knoten zu kurze Nabelschnur, die Geburt einer Mola oder des Kindes mit unverletzten Eihäuten, das Gebären im Stehen, in einem Geburtsstuhle, und zu starkes Drängen der Kreissenden in der fünften Periode, um den Abgang des Mutterkuchens zu beschleunigen.

Die Prognose ist bei der während der Geburt plötzlich entstandenen Umstülpung der Gebärmutter im Allgemeinen ungünstig zu stellen, da gerade diese Dislocation unter allen andern am schnellsten Gefahr bringt, und in wenigen Stunden tödtlich wird, im günstigsten Falle der Heilung aber immer eine hochgradige Disposition zur Wiederholung der Inversion bei der nächsten Geburt zurückbleibt. Insbesondere richtet sich die Vorhersage nach dem Grade, der Dauer und den Complicationen des Uebels, und nach dem früheren oder späteren Einschreiten zweckmässiger Kunsthilfe; eine erst vor Kurzem entstandene, unvollkommene, mit geringer Blutung verbundene, und bald erkannte Umstülpung lässt eine günstigere Vorhersage stellen; sehr gefährlich hingegen ist die vollkommene Umstülpung, besonders wenn sie schon länger besteht, mit bedeutender Blutung, Entzündung oder anderen gefährlichen Symptomen erscheint; und verkannt wird, da derlei Kranke, wenn nicht an grossem Blutverluste, doch an der hochgradigen Entzündung des Uterus oder seiner benachbarten Organe und ihren Ausgängen in kurzer Zeit zu sterben pflegen. Wird der Puls undeutlich, erkalten die Extremitäten, treten Ohnmachten, Erbrechen, Schluchzen, Con-

vulsionen und kalte Schweisse ein, so hat man den Tod in kurzer Zeit zu erwarten.

Die Therapie hat hier folgende Anzeigen zu erfüllen: 1. Entfernung aller, die Reposition hindernder Krankheitszufälle; wir werden daher die übermässig ausgedehnte Blase durch den Katheter und den Mastdarm durch Klystiere zu entleeren suchen, die krampfhafte Zusammenschnürung des Mundes oder die entzündliche Anschwellung der prolabirten Uteruspartie nach den Regeln der Therapie beseitigen. Sind jedoch diese Zufälle nicht der Art, dass sie die Reposition unmöglich machen, so wird man besser thun, bei dieser acuten Form der Umstülpung sogleich die Reposition als die erste zu erfüllende Anzeige zu unternehmen, da die Erfahrung gelehrt hat, dass die meisten dieser begleitenden Uebel am sichersten und schnellsten gehoben werden, wenn die Umstülpung, als die erregende und unterhaltende Ursache, beseitiget wird. Sollte jedoch bei längerer Dauer dieses Uebels schon Brand der prolabirten Partie in grösserem Umfange eingetreten sein, so bringe man die brandige Gebärmutter nicht zurück, sondern überlasse die Abstossung des Brandigen der Natur, und suche blos durch schleimige und besänftigende Einspritzungen die Brandjauche zu entfernen, und die Kräfte der Kranken durch Roborantia, besonders China, aufrecht zu halten, während man Alles von der Thätigkeit der Natur erwartet. (Prof. Schwarzer's Handbuch.) Um die zweite Anzeige zu erfüllen, nämlich den Uterus zu reponiren, lässt man die Kranke eine horizontale Rückenlage mit erhöhtem Steisse und angezogenen Schenkeln annehmen, und fasst, bei vollkommenem Vorfalle, wenn sich der Uterus und selbst ein Theil der Scheide ausserhalb der Geschlechtstheile befindet, die vorgefallene, mit Oel bestrichene Partie mit beiden, ebenfalls beölten Händen, und sucht so zuerst die Scheide in's Becken zu bringen; nach zurückgebrachter Scheide setzt man die keilförmig zusammengelegten Finger an den untersten Theil der Gebärmutter, und drängt sie nach der Führungslinie behutsam und allmälig in ihre Lage zurück; das Letztere geschieht auch bei der unvollkommenen Umstülpung. Ist jedoch das Orificium schon einigermassen zusammengezogen, und gelingt die Reposition auf die angegebene Weise nicht, so kann man sie auf die Art versuchen, dass man die Finger der in die Scheide eingeführten Hand zu beiden Seiten der umgestülpten Gebärmutter anlegt, und immer den zuletzt vorgefallenen Theil zuerst zurückzubringen sucht; reicht auch diess Verfahren nicht hin, so kann man die Erschlaffung des

zusammengezogenen Mundes, wenn die Placenta bereits gelöst und entfernt ist, und keine Blutung mehr besteht, durch warme Bäder, Injectionen von Decoct. capit. pap. oder Einreibungen des Mundes mit erwärmtem Oele oder Belladonnasalbe, und im äussersten Falle durch das Einschneiden des Mundes versuchen.

Eine besondere Berücksichtigung verdient noch die *Placenta*: steht sie noch ganz, oder grösstentheils mit dem Uterus in Verbindung, so ist es besser sie mit zurückzubringen, da in diesem Falle das gewaltsame Lostrennen derselben, nur gefährliche Blutung, Zeitverlust, und *Contractionen* des Uterus erregt, die die *Reposition* beträchtlich erschweren. Ist hingegen die Zurückführung sammt der *Placenta* nicht möglich, so unternehme man früher die Trennung derselben vom Uterus. Die Erfüllung der dritten Anzeige, nämlich die *Retention* des *reponirten* Uterus, ist bei der *acuten* Form der Umstülpung gewöhnlich nicht mit viel Schwierigkeiten verbunden, da sich der Uterus sehr bald zusammenzieht, worauf eine neue Umstülpung nicht mehr möglich ist, man verweile daher, nach der Reposition, mit der Hand noch so lange in der Gebärmutterhöhle, bis sie sich so weit verkleinert hat, dass die Hand keinen Raum mehr in derselben findet, dadurch werden zugleich kräftige *Contractionen* hervorgerufen, die man nöthigenfalls durch sanftes Reiben des Unterleibes, Auftröpfeln von *Naphta* auf denselben, durch Einspritzungen von kaltem Wasser in den Uterus, besonders bei Blutungen, ferner durch den innerlichen Gebrauch von Zimmt, Borax, Mutterkorn, hervorrufen und verstärken kann. Ausserdem hat die Kranke durch längere Zeit, eine Rückenlage mit erhöhtem Kreuze und dicht aneinander liegenden Schenkeln, beizubehalten, und jede körperliche Anstrengung, die aufrechte Stellung, das Drängen und Pressen nach abwärts, eine zu schwere Bedeckung, und jede Gemüthsbewegung sorgfältig zu meiden.

4. Schieflage der Gebärmutter. Das, in der ersten Abtheilung hierüber Gesagte gilt auch hier, nur müssen wir in Hinsicht der Vorhersage dieser Lageveränderung während der Geburt noch bemerken, dass die höchst bedeutenden Nachtheile, auf den Verlauf der Geburt, die man in früherer Zeit dieser Dislocation zuschrieb, grösstentheils nur eingebildete sind, obgleich man nicht in Abrede stellen kann, dass bei einem höheren Grade dieses Uebels, die Geburt nicht nur erschwert, sondern auch für Mutter und Kind sehr gefährlich werden könne, und zwar für die Mut-

ter: weil dadurch die Erweiterung des Muttermundes verzögert, und das untere Uterinsegment, welches sich auf der Seite, nach der sich der Gebärmuttergrund neigt, über den vorliegenden Kindestheil zieht, in Gefahr geräth, eine übermässige Dehnung, Quetschung, oder gar Ruptur zu erleiden, wodurch eine fehlerhafte Richtung der Wehenthätigkeit und eine grosse Unregelmässigkeit und Schmerzhaftigkeit derselben, herbeigeführt wird.

Hinsichtlich der Behandlung dieser Dislocation, sind die verschiedenen, nicht nur höchst lächerlichen, sondern auch sehr schädlichen Vorschläge, die man früher gemacht hatte, ganz unnöthig, da auch hier das einfachste Verfahren das beste ist. Man gebe daher der Kreissenden, gleich beim Beginne der Geburt, die in der Schwangerschaft angezeigte Lage, und lasse sie in dieser so lange verharren, bis der Mund gänzlich erweitert, und der vorliegende Kindestheil regelmässig ins Becken getreten ist; im Uebrigen überlassen wir die Geburt den Kräften der Natur, wenn nicht andere Abnormitäten vorhanden sind, die eine besondere Kunsthilfe verlangen.

5. Bruch der Gebärmutter. War die Reposition des Gebärmutterbruches während der Schwangerschaft nicht möglich gewesen, oder suchte die Schwangere nicht früher Hilfe, und tritt, bei bestehendem Bruche, die Geburt ein, so gesellen sich, zu den früher genannten Symptomen, noch sehr schmerzhafte Wehen, welche nicht selten, wie beim Leisten-, Schenkel- und Hüftbruch, die Geburt nicht erzwecken, sondern Erschöpfung der Wehenthätigkeit, heftige Entzündung und selbst Berstung des Uterus bewirken. Man versuche daher, wenn man erst beim Eintritte der Geburt zu einer solchen Kranken gerufen wird, sogleich die Reposition, und halte, nach gelungener Reposition, den Uterus durch eine Leibbinde und zweckmässige Lagerung der Kreissenden, zurück; gelingt sie jedoch nicht, so suche man durch zweckmässige Lagerung der Kreissenden und angemessene Handgriffe, der Gebärmutter eine solche Richtung zu geben, dass der Durchtritt des Kindes durch die Bruchöffnung in das kleine Becken begünstiget wird. Treten jedoch bedenkliche Zufälle ein, oder ist die Geburt auf dem natürlichem Wege nicht möglich, dann ist die Entbindung nach Umständen entweder mittelst der Zange, oder Wendung, oder durch den Kaiserschnitt zu bewerkstelligen. (Prof. Schwarzers Handbuch der Geburtshilfe).

6. Die Umbeugung der Gebärmutter während

der Geburt, wurde häufiger beobachtet, als die, während der Schwangerschaft, und zwar nach Ausscheidung des Kindes, also in der fünften Periode.

Zu den, in der ersten Abtheilung bei dieser Ektopie angegebenen Symptomen, kommen noch heftige Blutflüsse, schmerzhafte Nachgeburtswehen, Einsackung und Zurückhaltung der Nachgeburt.

Zur Feststellung der Diagnose dient uns hier noch, nebst den obgenannten Symptomen, und der inneren Untersuchung, die Abwesenheit einer, über den Schambeinen beweglichen, festen Kugel, und das Gewahrwerden des umgebeugten Uterus, beim tieferen Drucke in der Blasengegend.

Wirken auf Gebärende, welche vermöge der Schlaffheit des Uterus, der grossen Neigung des Beckens, des überhängenden Leibes, oder anderer Umstände zu dieser Dislocation disponirt sind, solche Einflüsse ein, welche die gleichmässige Contraction dieses Organes, nach der Entleerung der Frucht, entweder auf mechanische, oder dynamische Weise hindern, so entsteht leicht jene Dislocation, von der hier die Sprache ist; sicher ist aber ein starker Zug am Nabelstrange bei schlaffem Uterus und bei noch nicht gelöster *Placenta*, besonders wenn sie ihren Sitz seitwärts hat, eine der häufigsten Ursachen der Umbeugung des Uterus während der Geburt.

Die Vorhersage der, während der Geburt entstandenen Umbeugung, ist für die Mutter noch ungünstiger, als der, während der Schwangerschaft bestehenden, da sie leicht lebensgefährliche Entzündungen, und selbst Puerperalfieber veranlasst, und unter Blutflüssen und Convulsionen einen schnellen Tod herbeiführt; so gefährlich jedoch diess Uebel bei seiner Entstehung während der Geburt ist, so leicht ist in der Regel seine Beseitigung, wenn nicht ein nicht zu beseitigendes organisches Leiden zu Grunde liegt, welches die Contraction und Verkleinerung des Uterus hindert.

Um diesem Uebel vorzubeugen, schütze man die Gebärende vor Verkühlung, die, nach Meissner, die häufigste Ursache dieser *Ectopie* sein soll, beseitige krampfhafte Affectionen, und vermeide jeden unvorsichtigen Zug an der Nabelschnur, bei noch nicht gelöster *Placenta*. Ist jedoch die Umbeugung bereits erfolgt, die *Placenta* jedoch noch nicht gelöst, so kann man zwar, wenn diess leicht ausführbar ist, sogleich zur Reposition schreiten, gebrauche jedoch hierbei nie Gewalt, sondern warte lieber die Entfer-

nung des Mutterkuchens ab, worauf sie gewöhnlich leicht gelingt. Das Lösen der *Placenta* überlasse man in der Regel der Natur, und unternehme nur dann die künstliche Lösung, wenn gefährliche Umstände es gebieten. Ist die *Placenta* zwar gelöst, jedoch noch in dem Uterus zurückgehalten, so kann man in diesem Falle um so eher zur Entfernung derselben mittelst der Hand schreiten, da hiedurch zugleich der Uterus zu Contractionen angeregt wird, wodurch die Umbeugung ausgeglichen wird. Ist jedoch der Mutterkuchen bereits entfernt, und besteht die Umbeugung in Folge ungleichmässiger Gebärmutter-Contractionen noch fort, so führe man die beöhlte Hand in die Gebärmutterhöhle, rege durch innere Reizung die, nicht verkleinerte, Partie des Uterus zu Contractionen an, was man noch durch sanfte äusserliche Frictionen des Unterleibes und Einreibungen von *Naphta* verstärken kann, und bleibe mit der Hand so lange in der Gebärmutterhöhle, bis sich das Organ gleichmässig von allen Seiten verkleinert hat, worauf man in dem Masse, in dem der Raum kleiner wird, die Hand aus der Höhle zurückzieht.

Wie die Reposition bei bereits verschlossenem Muttermunde gemacht, und der reponirte Uterus in seiner Lage erhalten werde, wird im nächsten Abschnitte bei der Umbeugung des Uterus im Wochenbette, angegeben werden.

III. Abtheilung.

Dislocationen des Uterus während dem Wochenbette.

1. Der Vorfall des Uterus während dem Wochenbette bietet uns, ausser den schon früher angegebenen Symptomen, noch die, durch die gehinderte Rückbildung des Uterus herbeigeführten; hieher gehören: Blutflüsse, regelwidrige Nachwehen, Entzündung und Fieber.

Eine der häufigsten Gelegenheitsursachen dieser Dislocation, während dem Wochenbette, ist das zu frühe Aufstehen der Wöchnerinnen; zu den disponirenden Momenten kommen hier noch, in Folge der Geburt erhaltene Dammrisse.

Da durch diese *Ectopie* der Uterus in seiner normalen Rückbildung gestört und hiedurch wieder zu Blutflüssen, regelwidrigen Nachwehen, Entzündungen, heftigen Schmerzen, Kindbettfiebern, und anderen gefährlichen Krankheiten, welche, bei Ermanglung zweckmässiger Kunsthilfe, leicht lebensgefährlich werden können, Gelegenheit gegeben wird, so ist die Prognose nicht am günstigsten zu stellen.

Hat man Verdacht, dass durch die Geburt irgend eine Anlage zu diesem Uebel herbeigeführt worden sei, oder war dieselbe schon früher vorhanden, so empfehle man der Wöchnerin, sogleich nach der Entbindung, eine ruhige horizontale Lage, untersage strenge das zu frühe Aufstehen, und sorge für die nöthige Stuhl- und Harnentleerung; nach Beendigung des Lochienflusses, kann man auch zu den örtlich und allgemein roborirenden Mitteln greifen.

Um den wirklich vorgefallenen Uterus zu reponiren, wendet man die schon beschriebenen Handgriffe an; um ihn in seiner Lage zu erhalten, lässt man die Wöchnerin durch längere Zeit eine ruhige, horizontale Lage beobachten, und legt nöthigen Falles einen kleinen Schwamm in die Scheide, welcher jedoch, besonders bei noch bestehendem Lochienflusse oft gereinigt werden muss. Nach Beendigung des Wochenflusses kann man zu den roborirenden Mitteln über-

gehen, welche theils äusserlich, als Sitzbäder, Waschungen, oder Injectionen, theils innerlich angewendet werden.

Das zweckmässigste, von den äusserlich anzuwendenden, ist das kalte Wasser, welches theils als Waschung, theils als Bad, vorzüglich als Seebad und als aufsteigende *Douche*, wozu besonders eisenhaltiges Wasser gerühmt wird, angewendet wird, und uns alle aromatischen, adstringirenden und styptischen Mittel, welche oft mehr Schaden als Nutzen stiften, entbehrlich macht.

Meissner rühmt die aromatischen Kräutergürtel und spirituösen Waschungen der Bauchdecken, wozu er sich des Melissen- und Krausemünzen-Branntweines bedient, um auf das erschlaffte Bauchfell, welche er für die wichtigste Ursache des Vorfalles hält, tonisirend zu wirken.

Unter den innerlichen Mitteln empfiehlt Ockel, gegen die, in Folge von Erschlaffung der Scheide und *Ligamente* entstandene Senkung der Gebärmutter, den *Fuligo splendens* und zwar unter folgender Form:

Rp. Fulig. splend.
Ext. quassiae
āā drachm. duas
Ext. tarax.
unc. semis
M. f. pill. gr. trium.
Consp. p. cort. quass.
S. täglich 3mal 6 Stück zu nehmen.

Kann jedoch durch diess Heilverfahren radicale Heilung nicht bewirkt werden, sondern fällt der Uterus immer wieder vor, so ist der vorsichtige Gebrauch der sogenannten Mutterkränze, Pessarien, *Suppositoria uteri*, das einzige Mittel, diess Leiden wenigstens zu mildern. Ueber den Nutzen der, zur Heilung des *Prolapsus* vorgeschlagenen blutigen Operationen, mangelt es noch an Belegen.

2. Die Umstülpung des Uterus, die sich erst, während des Verlaufes des Wochenbettes bildet, entsteht gewöhnlich mehr allmälig, und hat daher mehr Neigung zu einem chronischen Verlaufe. Es sind daher auch gewöhnlich alle Symptome minder heftig, als bei der Umstülpung des Uterus während der Geburt; mit besonderen Beschwerden sind die Harn- und Stuhlentleerung verbunden, auch nehmen, bei längerem Bestande dieses Uebels, alle Symptome zur Zeit der Menstruation, bei anstrengender Arbeit, nach dem Beischlafe, und anderen Veranlassungen, an Hef-

tigkeit zu; es treten hierbei nicht selten bedeutende Blutflüsse ein, die den Körper ungemein schwächen.

Diese chronische Umstülpung besteht oft durch das ganze Leben, ohne bedeutende Beschwerden zu erregen; in anderen Fällen jedoch, treten auch noch später, ausser der Unfruchtbarkeit, sehr viele Zufälle ein, die langes Siechthum und selbst den Tod zur Folge haben. Es entsteht nämlich nicht selten, durch Zusammenziehung des Muttermundes, oder Anschwellung des Uterus, Entzündung, Vereiterung, oder Brand, oder es treten chronische Leiden ein, besonders bei der vollkommnen Umstülpung, wo die Gebärmutter aus den äusseren Geschlechtstheilen hervorragt, und der Einwirkung der Luft, des Harnes, des Kothes und der Reibung von Seite der Schenkeln und der Kleidungsstücke ausgesetzt ist. Uebrigens sind alle Symptome desto milder, je allmäliger sich dieses Uebel ausbildet, da hier das Bauchfell und die Ligamente sich nach und nach an die Ausdehnung, und selbst Blase und Mastdarm an den Druck gewöhnen. Auch bei stillenden Frauen pflegen die Symptome milder zu sein.

Von der Erkenntniss der acuten Umstülpung haben wir bereits in der zweiten Abtheilung gesprochen; schwieriger ist die Diagnose der chronischen Umstülpung; vermuthen lässt sich diess Uebel, aus einer anhaltenden Blässe und Schwäche der Wöchnerin, aus dem häufigen Eintritte von Blutflüssen, die bei der geringsten Veranlassung wiederkehren und allmälig einen Zustand von *Depletion* herbeiführen, und aus einer, mit dieser abwechselnden *Leucorrhoe*; erkennen aber kann man diese chronische Umstülpung theils aus den, schon bei der Umstülpung während der Geburt angegebenen, jedoch milderen Symptomen, theils aus einer sorgfältigen Untersuchung. Ist man jedoch im Zweifel, ob man es mit einer Umstülpung zu thun habe, so warte man, wenn die Periode des Wochenbettes bereits vorüber ist, die Zeit der Menstruation ab, bringe, wo es erforderlich ist, einen Mutterspiegel in die Scheide, reinige mittelst eines, an ein Stäbchen befestigten Schwammes den sich dem Auge darbiethenden Theil der Geschwulst, und beobachte, ob aus der Oberfläche derselben kleine Bluttröpfchen hervortreten; auch die Untersuchung durch den Mastdarm lässt uns in manchen Fällen zu einem sicheren Resultate gelangen. Nur in den seltensten Fällen wird man genöthiget sein, zu jenen gefährlichen Mitteln, als das versuchsweise Einschneiden und

Unterbinden der Geschwulst sind, seine Zuflucht zu nehmen, um zur Ueberzeugung zu kommen, dass man den Uterus, und nicht ein Aftergewächs vor sich habe.

Die zu dieser *Ectopie* während der Geburt disponirt sind, sind es auch im Wochenbette, jedoch wird zu letzterem gewöhnlich eine hochgradigere Disposition erfordert als zu ersterer. Zu den Gelegenheitsursachen gehören: zu frühes Aufstehen, starke erschütternde Bewegungen, heftiges Drängen nach abwärts, Husten, Lachen, Erbrechen, starke Nachwehen und Gebärmutterpolypen, besonders wenn sie schwer sind und am Muttergrunde ihren Sitz haben.

Die Vorhersage der Umstülpung des Uterus während dem Wochenbette, und insbesondere der chronischen, da wir von der Prognose der acuten Inversion schon im zweiten Abschnitte gesprochen haben, ist wohl in Bezug auf Lebensgefahr nicht so ungünstig, in Bezug auf radicale Heilung aber noch ungünstiger, als bei der acuten, zu stellen; denn da diese Umstülpung, wie bereits bemerkt wurde, eine grössere Disposition voraussetzt, so ist auch ihr Wiedereintritt desto leichter, und daher ihre Zurückhaltung desto schwieriger. Uebrigens wird die Gefahr nicht so sehr von der Dauer des Uebels, als vielmehr von der organischen Veränderung des invertirten Uterus bestimmt.

Die Heilung beruht hier auf der Erfüllung derselben, bereits angegebenen Anzeigen; da jedoch bei dieser chronischen Form weniger Gefahr im Verzuge ist, so hat man auch, zur vollständigen Erfüllung der ersten Anzeige, mehr Zeit. Die Reposition selbst geschieht auf dieselbe Art, wie bei der acuten Umstülpung, jedoch lasse man sich nicht, durch einen misslungenen Versuch, von wiederholten Bemühungen, den Uterus in seine normale Lage zu bringen, abschrecken. Man benütze hierzu vorzüglich jene Zeit, wo das Gebärmuttergewebe in der Regel seine Spannkraft verliert, und das *Parenchim* am meisten aufgelockert erscheint, was gewöhnlich nach einem Blutflusse und während der Menstruation der Fall ist. Ist der vollkommen umgestülpte Uterus nicht völlig zu reponiren, jedoch gesund, so begnüge man sich damit, ihn in die Scheide zu bringen, und daselbst durch geeignete Vorrichtungen zu erhalten; hat er jedoch ein so bedeutendes *Volumen*, dass seine Zurückführung in das Becken nicht möglich ist, so versuche man ihn durch kalte Umschläge, durch Einreibungen von Mercur und Jodsalbe, durch drückende Binden, und selbst durch *Scarificationen* so zu verkleinern, dass dessen Reposition möglich

wird; ist diess jedoch keinesfalls möglich, so suche man den aus den Genitalien herabhängenden Uterus durch ein Suspensorium vor äusseren schädlichen Einflüssen zu schützen; bei Erkrankung des Uteringewebes suche man das Krankhafte, z. B. Polypen, wenn es möglich ist, vor der Reposition zu entfernen. Sind alle Repositionsmethoden vergeblich versucht worden, und erkrankt der umgestülpte Uterus der Art, dass das Leben der Kranken dadurch gefährdet wird, so entschliesse man sich zur Exstirpation der Gebärmutter, wobei die meisten Gynäcologen die Ligatur dem Schnitte vorziehen.

Wie der Uterus in seiner normalen Lage erhalten werde, ist schon früher bemerkt worden, jedoch ist der Uterus bei chronischer, unvollkommener Umstülpung nicht selten so an seine fehlerhafte Lage gewöhnt, dass er von selbst in selbe zurückkehrt, so oft er auch reponirt wird. Da alle fremden Körper, durch längere Zeit in die Gebärmutterhöhle gebracht, sowohl reizend auf dieselbe wirken, als auch die nothwendige Verkleinerung dieses Organes hindern, so sind wohl die meisten dieser mechanischen Vorrichtungen, die angewendet werden, um den Uterus in seiner Lage zu erhalten, mehr schädlich als nützlich. Uebrigens bedarf man auch aller dieser anhaltend gebrauchten mechanischen Mittel nicht, da die Verkleinerung des Uterus und die Verengerung seines Mundes die sichersten Schutzmittel sind; immer aber hat man eine solche Kranke, auch nach gelungener Reposition, durch längere Zeit im Auge zu behalten.

3. S c h i e f l a g e d e s U t e r u s. Sollte diese Ectopie im Wochenbette bestehen, so ist von ihr nicht leicht eine Störung des regelmässigen Verlaufes desselben zu befürchten, indem der, in seinem Umfange so verkleinerte Uterus nicht leicht auf seine benachbarten Organe eine üble Wirkung ausüben, und die Rückbildung desselben durch diese Lageänderung kaum gestört werden wird. Nur wenn die Schieflage nach vor- oder rückwärts in höherem Grade besteht, so dass der Uebergang in eine vollkommene Umkehrung zu befürchten wäre, ist die Vorhersage minder günstig zu stellen.

Die Behandlung besteht auch hier in der Anwendung einer angemessenen Lage, sollte jedoch diese nicht hinreichen, so kann man nach beendigtem Lochienflusse das Einlegen anfangs kleiner, später grösserer Schwammstücke zwischen den Hals und der Scheidenwandung, gegen welche sich letzterer lehnt, versuchen. Das Einlegen ringförmiger Pessarien ist nur bei gleichzeitigem Vorfalle von Nutzen; in

jenen Fällen, wo Verwachsung der Gebärmutter mit benachbarten Organen die Ursache dieser Dislocation ist, haben sich warme Bäder, das wiederholte Anlegen von Blutegeln (bei fortbestehender entzündlicher Reizung), Einreibungen von Jod und Mercurialsalbe nützlich gezeigt. Wird die Schieflage durch entfernbare Geschwülste veranlasst, so sind diese zu entfernen.

4. Rückwärtsbeugung der Gebärmutter.

Die Symptome dieser Lageänderung sind in der Regel milder, wenn sie im Wochenbette eintritt, als während der Schwangerschaft, da einerseits die Beckenorgane durch den, zu Ende der Schwangerschaft bedeutend ausgedehnten Uterus schon an einen stärkeren Druck gewöhnt sind, andererseits der Uterus im Wochenbette einen viel kleineren Umfang hat, als während der Schwangerschaft, wo noch dazu sein Volumen von Tag zu Tag zunimmt, während es im Wochenbette noch im Gegentheile kleiner wird. Es werden daher auch hier jene drei Gruppen von krankhaften Erscheinungen beobachtet, und zwar: die von gestörter Harnentleerung, die von zurückgehaltener Stuhlausscheidung, und die vom eingeklemmten Uterus bewirkten. Die sich gewöhnlich einstellenden und häufig wiederholenden Blutflüsse mindern zwar auf kurze Zeit die Entzündung der Beckenorgane, vermehren jedoch auch den Schwächezustand.

Die Diagnose ergibt sich aus den genannten Symptomen, und aus der inneren Untersuchung, wo wir aber den Uterus nicht wie bei der Retroversion während der Schwangerschaft in der Richtung der Conjugata, sondern gewöhnlich in einem der schiefen, und zwar meistens im ersten schiefen Durchmesser des Beckeneinganges finden, so dass die Vaginalportion mehr gegen ein eiförmiges Loch, der Grund aber gegen eine Kreuzdarmbeinsfuge gerichtet ist.

Dass jede Wöchnerin besonders zu dieser Ectopie, mehr oder weniger disponirt sei, kann man schon a priori behaupten, wenn man bedenkt, wie leicht der plötzlich entleerte und verkleinerte Uterus bei der, nach der Geburt bestehenden Erschlaffung des Bauchfelles und der Ligamente in der durch die Entleerung und Verkleinerung des Uterus plötzlich geräumig gewordenen Beckenhöhle, eine abnorme Lage annehmen könne, und zwar vorzüglich nach rückwärts, da diese schon durch die gewöhnliche Rückenlage der Wöchnerin eingeleitet, durch eine volle Blase gesteigert, und dann durch die geringste Gelegenheitsursache vollkommen herbeigeführt wird.

Zu den erregenden Ursachen gehören noch ausser den schon oft genannten das zu frühe Aufstehen und zu starke Binden des Unterleibes der Wöchnerin.

Obwohl die Symptome dieser Ectopie während dem Wochenbette nicht so heftig sind, als während der Schwangerschaft, so gesellen sich doch solche neue, in der verhinderten Rückbildung des Uterus begründete Erscheinungen hinzu, die uns nicht erlauben, die Prognose minder günstig zu stellen, besonders, wenn die Retroversion gleich in den ersten Tagen des Wochenbettes entsteht, weil sie dann Störungen der Lochiensecretion, Puerperalfieber, Eclampsie und andere gefährliche Zustände veranlasst. In der späteren Zeit des Wochenbettes sind Entzündung der Beckenorgane, Verwachsungen und gefahrvolle, oft wiederkehrende, den Organismus ungemein schwächende Blutflüsse die traurigen Folgen der Zurückbiegung.

Hinsichtlich der Therapie gilt ebenfalls das über diesen Gegenstand im zweiten Abschnitte Gesagte, nur ist noch zu bemerken, dass die Reposition zwar leichter gelinge, jedoch auch viel eher der Wiedereintritt dieser Ectopie zu befürchten sei, als bei der Retroversion während der Schwangerschaft, daher man sich auch hier öfter genöthiget sieht, zu Pessarien seine Zuflucht zu nehmen, welche auch hier eher gestattet sind, als während der Schwangerschaft, jedoch nur nach Beseitigung der etwa vorhandenen Entzündung. Bei grosser Schlaffheit der Genitalien wird das Einlegen eines in adstringirende Decocte getauchten Schwammes, kalte Fluss- und Seebäder und die aufsteigende Douche mit tonischen Flüssigkeiten, jedoch nur nach beendetem Wochenflusse, sich nützlich zeigen.

5. Die Vorwärtsbeugung des Uterus im Wochenbette wird von einigen Geburtshelfern, wie von Kill, für eine äusserst seltene, von Anderen aber, wie von Mende, Mad. Boivin und Dugès, für eine der häufigsten Dislocationen gehalten.

Zu den bei der Vorwärtsbeugung des Uterus während der Schwangerschaft angegebenen Symptomen gesellen sich noch gewöhnlich: profuse Lochien und abnorme Blutungen, welche, wenn sie unvorsichtigerweise durch styptische Mittel unterdrückt werden, zu entzündlichen Affectionen des Gebärmutterorganes führen.

Die Diagnose entnimmt man ebenfalls aus den im ersten Abschnitte angeführten Zeichen, wo auch die ätiologischen Verhältnisse auseinandergesetzt sind, hier haben wir nur

noch hinzuzufügen, dass Schwangere mit einem Hängebauche im Wochenbette besonders zu dieser Dislocation disponirt sind, und dass das zu frühe Aufstehen, das anhaltende Gehen oder Stehen, Treppensteigen und Arbeiten mit nach vorne geneigtem Körper die häufigsten Gelegenheitsursachen dieser Ectopie sind.

Die Prognose ist bei dieser Dislocation im Wochenbette bedeutend ungünstiger, als während der Schwangerschaft, und zwar theils wegen der gehinderten Rückbildung dieses Organes, theils wegen der gefährlichen Blutungen, endlich auch desshalb, weil dieses Uebel während dem Wochenbette nicht so wie während der Schwangerschaft mit der Zeit sich von selbst verliert, sondern im Gegentheile immer hartnäckiger wird, und in Folge einer häufig eintretenden Entzündung leicht Verwachsungen des Uterus mit den benachbarten Theilen oder des Mundes mit der hinteren Scheidenwand, und bei längerer Dauer Desorganisation des Uterus, Eiterung des Mastdarmes und andere üble Folgen zu befürchten sind.

Hat eine Wöchnerin in der ersten Zeit der Schwangerschaft bereits an einer Antroversion oder später an einem Hängebauche gelitten, so haben wir mit der grössten Sorgfalt alle jene Schädlichkeiten zu entfernen, die diese Ectopie herbeiführen könnten.

Bei der bereits erfolgten *Antroversio uteri* im Wochenbette haben wir nach Beseitigung der, die Reposition hindernden Umstände, die Zurückführung auf die schon angegebene Weise zu unternehmen; wäre jedoch der Uterus bereits schwer beweglich, so verordne man, bevor man zur Reposition schreitet, warme Kleien- oder Seifenbäder, erweichende Injectionen u. s. w.; bei stattfindender krankhafter Verwachsung des Gebärmuttermundes mit der Scheide trenne man diese früher, wenn es möglich ist.

Da die Erhaltung des Uterus in seiner normalen Lage gewöhnlich mit mehr Schwierigkeit verbunden ist, so sieht man sich nicht selten genöthiget, zu den Mutterkränzen oder zu dem weniger beleidigenden Schwamme, den Meissner zwischen die hintere Scheidenwand und den Mutterhals legt, seine Zuflucht zu nehmen.

6. Die Umbeugung der Gebärmutter im Wochenbette kommt minder selten vor, als die, während der Schwangerschaft. Sie tritt gewöhnlich mehr allmälig ein, wenn sie nicht etwa schon während der Geburt entstanden war, daher sind ihre Symptome zwar dieselben, die wir bei der Umbeugung des Uterus während der Schwangerschaft angaben,

jedoch pflegen sie nicht so heftig zu sein, ja es kann die allmälig entstandene Umbeugung, sogar dem Organismus so zur Gewohnheit geworden sein, dass die Gesundheit nicht merklich durch sie gestört wird. In anderen Fällen jedoch gesellen sich neue und heftige Erscheinungen hinzu, die in Folge der gehinderten Rückbildung des Uterus entstehen; die gewöhnlichsten sind: längere Dauer der blutigen Lochien, Unterdrückung und Zurückhaltung derselben, Entzündung der Gebärmutter und des Bauchfelles, Blutflüsse und selbst Puerperalfieber.

Mende machte die Beobachtung, dass in den Fällen, wo diess Leiden im Wochenbette auftrat, schon während der Entbindung, Unregelmässigkeiten des Wehendranges vorhanden waren.

Die bekannten Symptome, die innere Untersuchug, und die Leere der *Regio hypogastrica*, wo man, nur beim tieferen Drucke in die Blasengegend, den umgebeugten Uterus entdeckt, lassen uns diese Dislocation erkennen.

Was über die disponirenden und erregenden Momente im ersten und zweiten Abschnitte gesagt wurde, gilt auch hier; jedoch sind das zu zeitliche Verlassen des Bettes, und verschiedene körperliche Anstrengungen der Wöchnerin, die häufigsten Ursachen dieser Dislocation.

Die Vorhersage dieser Lageveränderung im Wochenbette ist im Allgemeinen ungünstiger, als während der Schwangerschaft; und zwar, um so ungünstiger, je früher sie nach der Ausscheidung des Kindes zustande kommt, weil sie dann leicht lebensgefährliche Blutungen, Entzündungen und Puerperalfieber zur Folge hat, im Specielen gilt das schon früher Gesagte.

Die Therapie hat die Reposition zu vollbringen, den reponirten Uterus in seiner Lage zu erhalten, und die Complicationen zu beseitigen. Bei der Umbeugung des Uterus im Wochenbette, wo die Einführung der Hand in die Gebärmutterhöhle, wegen bereits verengertem Munde, in den meisten Fällen nicht mehr möglich ist, geschieht die Reposition dadurch, dass man zwei beölte Finger in die Scheide bringt und mit den Spitzen derselben den Grund zu erheben sucht; gelingt diess nicht, so dränge man ihn, durch eingelegte Schwämme, nach oben. Ist jedoch die Umbeugung schon mehr chronisch geworden, so suche man zuerst, durch erweichende Bäder und Injectionen, die Reposition vorzubereiten, und Alles zu entfernen, was durch Druck auf den Gebärmuttergrund, die Umbeugung unterhalten könnte, daher

verhüte man durch Anwendung des Katheters und milder Abführmittel jede Ansammlung von Harn oder Koth.

Um den Uterus nach gelungener Reposition in seiner normalen Lage zu erhalten, dienen: eine, durch längere Zeit beibehaltene, horizontale Lage, Vermeidung jeder körperlichen Anstrengung, und der Ueberfüllung der Blase und des Mastdarmes, und das Einlegen eines Schwammes, der nöthigenfalls in adstringirende Flüssigkeiten getaucht, und mit Leinwand überzogen ist. In dem Zeitraume der Reconvalescenz werden die Stahlwässer, in der Form von Bädern, Waschungen, und aufsteigenden Douchen mit gutem Erfolge angewendet. Gelingt die vollkommene Reposition nicht, so müssen wir uns damit begnügen, die vollkommene Umbeugung wenigstens in eine unvollkommene zu verwandeln, bei der unvollkommenen aber, den Uebergang in die vollkommene Umbeugung zu verhüten, was Deneux durch Einlegen von Schwämmen, zwischen Hals und Grund, bewirkt. Die gewöhnlichen Pessarien sind bei dieser Ektopie ganz zu meiden, weil einerseits durch den Druck auf die Vaginalportion nach aufwärts, die Beugung leicht vermehrt wird, andererseits aber auch nicht selten entzündliche Affectionen des Uterus und der benachbarten Organe hervorgerufen werden. In diesen Fällen kann man nur von einer eintretenden Schwangerschaft gründliche Heilung hoffen.

Literatur.

Ueber die einzelnen Arten der Dislocationen des Uterus, sind sehr viele Monographien erschienen, es werden jedoch hier nur jene Werke angegeben, welche sich über alle oder wenigstens die meisten der, in dieser Schrift angegebenen, Dislocationen verbreiten.

Meissner F. L., die Dislocationen der Gebärmutter und der Mutterscheide etc. Leipzig, 1821.

v. Siebold E., Lehrbuch der theoretisch-praktischen Entbindungskunde. Nürnberg, 1824.

Horn J. P., theoretisch-praktisches Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien, 1825.

Stein G. W., Lehre der Geburtshülfe. Elberfeld, 1825.

Madame la Chapelle, practique des accouchemens ou memoires et observations sur le points les plus importans de l'art. Paris, 1821—1825.

A. Dugés, manuel d'obstétrique ou precis de la science et de l'art des accouchemens etc. Montpellier, 1826.

Hussian R. F., Handbuch der Geburtshülfe. Wien, 1827.

Carus C. G., Lehrbuch der Gynaekologie etc. Leipzig, 1828.

Osiander F. B., Handbuch der Entbindungskunst. Tübing. 1829—1833.

Joerg C. G., Handbuch der Geburtshilfe. Leipzig, 1833.

v. Froriep L. F., theoretisch-praktisches Handbuch der Geburtshilfe. Weimar, 1832.

Busch W. H. Lehrbuch der Geburtskunde. Marburg, 1833.

Hager M. k. k. Rath und Professor, Brüche und Vorfälle. Wien, 1834.

Encyclopädisches Wörterbuch von D. W. H. Busch, C. F. v. Gräfe etc. 13. Bd. Berlin, 1835.

Schwarzer Cl. k. k. Rath und Professor, Handbuch der Geburtshilfe. Wien, 1838.

Kilian, Geburtshilfe. Frankfurt 1840.

Meissner F. L., Frauenzimmerkrankheiten. Leipzig, 1843.

Theses defendendae.

1. Pessariorum usus sub graviditate est vitandus.
2. Omne stimulans et debilitando agit.
3. Chirurgus et Mechanicus esse debet.
4. Sectio caesarea nulla alia operatione, minime autem Symphiseotomia, suppletur.
5. Medicamentum non semper aegris prodest, nocet semper sanis. *Cels.*
6. Praecox abdominis et pectoris vulnerum investigatio est vitanda,
7. Kephalotrypsia Kephalotomiam quidem, non autem Embryotomiam supplere potest.
8. Pessimum aegro est coelum, quod aegrum fecit. *Cels.*
9. Affectio catarrhosa membranae mucosae antri Highmori non raro pro Odontalgia habetur.
10. Menstruatio non a lunae phasibus, sed ab eadem causa typica, quae lunae motui subest, dependet.
11. Efficacissimum alterans est, rationis vitae consuetae mutatio.
12. Impura corpora, quo magis nutries, eo magis laedis. *Hipp.*